Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

DISCUSSION PAPER NO.28

Planning for Care: Approaches to Health Human Resource Policy and Planning

by

Pat Armstrong, Ph.D.

York University

and

Hugh Armstrong, Ph.D.

Carleton University

October 2002

Catalogue No. CP32-79/28-2002E-IN

ISBN 0-662-32970-8

Although the views expressed in the paper are those of the author(s), each of the papers was subjected to an independent peer-review process. The Commission would like to thank the Institute of Health Services and Policy Research (IHSPR) of the Canadian Institute of Health Research for their oversight and administration of the peer-review process for these papers. The work of the authors, the reviewers and IHSPR will serve to make these papers an important contribution to the Commission's work and its legacy.

Contents

Highlights	**iv**
Executive Summary	**v**
Introduction	**1**
The Nature of Care	**3**
The Human Resources for Care	**8**
Educating for Care	**11**
Accountability and Governance in Care	**15**
The Complexities of Planning for Care	**19**
Conclusion	**22**
Notes	**23**
References	**24**

Highlights

Answering the question "How do health human resource policies and practices promote or inhibit change?" means first deciding about how care is understood and what kind of change is at issue. A care-as-different model leads to different options than a care-as-another-business model, and a continuing shift to individual responsibility leads to different resource requirements than, say, a national public home-care program does.

A number of factors then need to be taken into account:

- The full range of care providers, paid and unpaid, because a change in the role of one has an impact on the others. Research and policy tend to focus on doctors and nurses, who together account for less than a third of the paid labour force in health and social services;
- The characteristics of the labour force, and of those who need care, because these shape the options available and the kind of care required;
- A variety of means to ensure accountability, in addition to policies on scope of practice, certification and licensure;
- A recognition of tensions to be balanced in developing accountability, and the need to include providers and citizens in decision-making;
- Training for the full range of providers;
- Changes in the content of formal education to promote communication, teamwork, interdisciplinary knowledge, an understanding of health determinants—especially gender, income and culture;
- Continuing education in and outside the workplace, time for sharing knowledge on a daily basis, and a recognition of tacit learning;
- Bridging and upgrading programs, combined with prior-learning assessment and recognition, to enable providers to adapt to new demands within specific contexts;
- A balancing of specialized skills with more openness to new occupations and overlapping responsibilities, and a balancing of standards without standardization that ignores context;
- More explicit policies about levels of responsibility in health human resource planning;
- More systematic collection of data on health human resources; and
- Support for improved working conditions and secure employment, and for increased opportunities for providers to influence care decisions.

The emphasis in this paper is on identifying principles and approaches rather than on formulating specific solutions.

Executive Summary

Shortly after the Commission on the Future of Health Care in Canada asked us to address the question "How do health human resource practices and policies promote or inhibit change?", the Canadian Institute for Health Information (CIHI) released its report on *Canada's Health Care Providers*. The Canadian Policy Research Networks also prepared a lengthy report summarizing the literature and the issues related to human resource planning for doctors and registered nurses (RN). Instead of repeating what is in these reports, we take as given the wealth of information they provide, and set out to complement them. Our emphasis is on identifying principles and approaches to planning for change, rather than on providing details or recommending particular solutions.

We begin by looking at values, because these shape what people working in care do and how they are organized to carry out their work. Two broad alternative models for understanding the nature of care are presented, along with their implications for human resource planning. A care-as-different model entails an emphasis on autonomy; on accountability through provider colleagues, judgements and specialization; and on teams based on complementary skills. A care-as-another-business model suggests a greater emphasis on flexibility for employers in assigning work, on managerial control, on the delegation of tasks to lowest-costs care providers, and on citizen participation through such means as report cards. These and other features of the different models are linked in turn to current and future reforms that shape health human resource requirements. Four major ones are identified: a redefinition of hospitals to cover only the most acute care, increasingly complex care in long-term facilities, a shift of more complex care to households, and the promotion of primary care reform supported by telehealth. New initiatives, such as a national public home-care program, would also have important effects on resource needs.

Once the central values are established, it is essential that the entire range of providers be included in plans for change. Most research and public policy debates have focused on doctors and nurses, who together constitute less than a third of the paid labour force in health and social services. Yet, the literature on the determinants of health tells us that managers and cleaners, therapists and pharmacists, clerical staff and dietary workers all play critical roles in health, supporting other providers and establishing safe environments for care. Moreover, the largest group in care provision remains invisible in planning—the mainly female unpaid caregivers. Changes affecting one group necessarily reverberate throughout the paid and unpaid workforce. Highly organized, hierarchical and gendered, the paid labour force is also aging. These factors too influence the possibilities for change. So does the kind of care required by an increasingly multi-cultural/racial, educated and elderly population that is more likely to suffer from chronic diseases and disabilities.

In planning for education, the full range of paid and unpaid providers should be considered, and formal, continuous and tacit learning taken into account. Bridging and upgrading programs, combined with procedures for prior-learning assessment and recognition, would allow providers to respond to the new demands created by reforms, changing populations and new technologies. Curricular changes would put more emphasis on communication skills, interdisciplinary approaches and teamwork, as well as on the knowledge required to actively participate in

planning reforms and evaluating evidence. Workplace learning would allow contexts to be taken into account and encourage providers to take up work in different locations and facilities.

Accountability is also a critical issue. One means of ensuring accountability is through licensing and self-regulation. Adjusted to meet new demands for greater sharing of tasks, transparency and citizen participation, these methods still have an important role to play. Contracts negotiated with organizations representing providers constitute an equally important component. Some consideration should also be given to the lack of regulation in vast fields within the health-care sector, especially the work of unpaid providers. Citizens in general and patients in particular have a role to play, but as is the case with providers, it is important to ensure that their participation be meaningful. There are inevitable tensions in developing accountability mechanisms, tensions between those who manage and make decisions about the system and those who provide care, between patients and providers, and among providers themselves. These tensions need to be acknowledged and accommodated in organizing for change, and a balance achieved between standards and the need for flexibility that allows contexts for care to be taken into account.

Federal and provincial governments have played important roles in shaping both supply and demand. These roles are diminishing, however, with international trade agreements, regionalization, funding reductions combined with instability in funding over time, and privatization. There are few ways to track changes in health human resources at the national, provincial or local level. Before more effective planning for change can be undertaken, decisions must be made about the responsibilities at each level, and better data must be collected. Finally, fine balances between standards and standardization, and between planning and choices, must be established.

Perhaps most importantly, providers at all levels will be more open to positive change if they have secure employment along with appropriate working conditions, and if they fully participate in the decision-making process. They are also more likely to support change if it is based on a recognition of the specificity of health care.

For all these reasons, planning for care in ways that recognize the need for both change and stability is necessarily an unfinished, messy project.

Introduction

Shortly after the Commission on the Future of Health Care in Canada asked us to address the question "How do health human resource practices and policies promote or inhibit change?", the Canadian Institute for Health Information (CIHI) released its report on *Canada's Health Care Providers* (CIHI 2002). The Canadian Policy Research Networks have also just completed a substantial report summarizing the literature and issues related to human resource planning for physicians and registered nurses (RN) (Koehoorn, Lowe, Rondeau et al. 2002). Instead of repeating what is in these reports, we take as given the wealth of information they provide, and set out to complement them. Our emphasis is on identifying principles and approaches to planning for change, rather than on providing details or recommending particular solutions. Many of the latter are available to the Commission and to the general public. This paper suggests ways for assessing them.

Addressing the Commission's question means, in the first instance, setting out what kinds of change are at issue. This, in turn, means identifying both the kinds of change now underway and the options available for future change. The choices made about change necessarily imply choices about the nature of care. Only with a model for care in view can one assess whether health human resource planning initiatives are or will be successful. Hence, the attention devoted in the next section to a discussion of two distinct models for care. The extent to which one or the other model is adopted will shape the criteria by which the success of planning initiatives may be measured, and more specific recommendations assessed.

This is not to suggest that the criteria for successful planning can be simple or straightforward. Even with agreement on a preferred model for care, and thus on the desirable directions for change, health human resource planning is inevitably somewhat messy and incomplete. The contexts and dynamics of change, the tensions among criteria that are all compatible with the preferred model, and the very complexity of the vast field of activity known as health care all serve to complicate matters. It takes a wide diversity of providers to deliver health care. The rise or fall of any one group of providers, as well as changes in the relationships among these groups, will have profound effects on the kinds of care available. So too will the education of providers, both because it influences the skills and perspectives they bring to their work and because it is a vital factor in determining how many providers are available. Another important ingredient in health human resource planning is the nature of health care decision-making, regulation and control. This element has a significant impact on the quality and kinds of care and on the ways in which providers respond to change. Subsequent sections of the paper consider the current human resources for care and the relationships among groups of providers, education for care, and accountability and governance for care. The range of these influences on health human resource planning, as well as the tensions within and among them, all contribute to the inevitable messiness and incompleteness of this planning.

Before ending this section, however, a word on the kinds of change now underway. For at least a century, the history of health care in Canada has been one of constant evolution but, during the last decade, reforms in health care have been more dramatic. These reforms take four obvious forms. The first is the restructuring of hospital care to focus on acute, short-term, technology-dependent interventions. This development is in turn linked to a second,

the significantly altered care provided in long-term facilities. People in long-term care now have complicated medical needs that are often combined with mental health problems. With hospital and long-term facilities now focused on sophisticated medical care, more and more complicated care is provided at home. This third aspect of reform has, like the others, been made possible by developments in technologies and drugs, as well as by new ideas about management, responsibilities, costs, evidence and the nature of care. A fourth kind of reform is now receiving increasing attention—primary care and telehealth. All these reforms are taking place within significantly changed international and national contexts, about which more will be said later. These contexts shape many of the options available and the consequences of selecting among these options. In our view, many proposals for health human resource planning fail to take these contexts sufficiently into account.

This is not to suggest that current reforms and contexts tightly determine the options for future change. There are choices to be made in how care is best understood and pursued. We now turn to a discussion of contrasting approaches to the nature of care and to some of their implications for health human resource planning.

The Nature of Care

One approach to health human resource planning begins by recognizing the specificity of health care. Within this perspective, health care is not a business like the rest, and people working in health care differ in some significant ways from those employed in other sectors. Many of the differences may seem obvious—merely common sense—but they are important to identify because they provide the backdrop for any consideration of change and resource planning.

Perhaps most obviously, health care is about human life. This means that the risks, and consequences, cannot be assessed exclusively or even primarily in economic terms. Health care is also about individuals, each with their own specific complex of health issues and each shaped by particular cultural, social and economic contexts. Although it is clearly important to search for patterns in population health and for evidence about the efficacy of particular interventions, it is equally important to understand that such patterns do not necessarily play out in the case of a particular individual in a particular social context. Indeed, evidence in health care is primarily about what works relatively well, most of the time, for a significant proportion of people. Decisions about actual care, however, are necessarily made about individuals, who may be among those who do not fit the pattern. Health care needs and the methods of addressing them can never be precisely, scientifically established. As a result, the notion of being able to determine accurately what is the right thing to be done by the right person to the right person at the right time in the right place is simply inappropriate in health care. It requires a skilled practitioner to connect evidence to the specific case and some trust that this will be the case. "Whatever the technologies, medicine depends on the quality and credibility of interpersonal relationships between clinicians and patients and the organizational forms that support them" (Mechanic 2002, p. 466). The same applies to nurses and others who provide most of the daily care.

Moreover, care is an interactive process, with both the care provider and care recipient engaged in ways that necessarily have an impact on what can and will be done, as well as on the effect of what is done. The best science cannot predict exactly how individuals will react to treatment, because care is about a relationship among persons, each of whom brings his/her own attitudes, experiences and situation into the exchange. Nor is it a simple matter to determine what an individual provider will do in a particular case. The health of both patients and providers is determined by an array of factors, including their psychological, social, physiological, economic and physical situations, and so are their responses. And adverse events, including the process of dying, create particular needs for support and care in both patients and providers.

These specific characteristics of care have consequences for care work. They mean that providers must have knowledge of whole people and their particular contexts, as well as knowledge of the complex and different ways individuals respond to care. This requires a range of complementary skills that are either integrated within individual providers or possessed by different individuals working together to provide care. These specific characteristics mean as well that many of those providing care need not only have a range of skills, but also both the autonomy required to make judgements about the particular needs of the person requiring care and the possibility for collaboration or consultation on care. Evidence provides a guide rather than the rules for care. It is combined with experience and skill to create the expert

(Benner 1984). Autonomy, in turn, requires that providers take responsibility and be trusted to take responsible action. In addition, the nature of care means that care delivery involves a wide range of skills and locations. Providers typically view themselves as working in health care whether they perform the surgery or clean up after the surgery, whether they administer regional health authorities or book patient appointments in clinics, whether they are paid well to provide care in a hospital or paid nothing at all to provide care at home. And the research findings on the determinants of health support their view.

It would be wrong, however, to suggest that this understanding of health care is universally shared. Indeed, many reforms over the last decade have been based explicitly or implicitly on the assumption that health care is a business like any other and that employees within the system can be managed like any others. Such reforms have been adopted without evidence that they are appropriate for care providers and sometimes even without evidence that they have worked well in other sectors.

The amalgamation of hospitals mimics similar amalgamations in the corporate sector. Across Canada, more than 30 major teaching hospitals have recently been merged into giant organizations (Levine 2000, p. iii) and many small community hospitals have been closed or transformed. Markham and Lomas (1995) argue that there is no empirical evidence to demonstrate economic efficiency, quality or human resource gains with multi-hospitals, and some evidence suggests that costs may increase, flexibility and responsiveness to individual patients' needs decline, and relationships with employees deteriorate. Similarly, downsizing in health care services imitates a strategy used in other sectors, even though research on downsizing corporations indicates that a majority of those initiatives did not increase productivity, a significant number raised expenditures, and both morale and trust usually declined (Appelbaum, Everard and Hung 1999). Moreover, "efficiency" for one organization often turns out to be simply the off-loading of costs onto another organization, or to individuals and households where women typically have to pick up the burden of extra unpaid work. In the words of Janet Gross Stein (2001, p. 71), "efficiency is an intensely political concept".

"Between 1994 and 1996, 85 per cent of Canadian hospitals reduced their workforce by more than 10 per cent" (Wagar and Rondeau 2000, p. iv). The largest decrease was in management and executive positions, but 14% of maintenance staff and 12% of nursing staff also lost their jobs. Some of this reduction reflected new technologies that made both day surgery and complex home care possible, as well as a philosophical shift that defined care at home not only as better care but also a matter of public preference. Not surprisingly, with job reductions have come lower employee satisfaction and more conflict for those who remained (Wagar and Rondeau 2000, p. iv). New jobs in the community have not made up for the job losses in the institutional sector (Kazanjian 2000, p. 6), and little has been done in long-term care facilities to accommodate the transformed care needs. Meanwhile, the shift to home and long-term facility care has often meant a literal shift to care as a business, given that a growing number of these services are provided on a for-profit basis, as part of large corporations.

Human resource strategies have also been imported from outside the health-care sector, and these too have contributed to dissatisfaction and conflict. Total quality management practices have been among the most popular, in part because their emphases on participation and

teamwork, on improving processes and customer satisfaction, and on multiskilling and innovation all seemed to fit well with health care (Hassen 1992). However, in a context of cost-cutting, downsizing and the notion that health care is like any other business, these promises have not been fulfilled (Armstrong, Armstrong, Choinière et al. 1997; Lam and Reshef 1999). Instead of teamwork, there is often a fragmentation of care work into a series of tasks performed by the lowest-skilled and lowest-cost care provider, or by quickly trained unpaid providers, most of whom are women.

More managerial control, exercised especially through measurement techniques and care pathways, and the emphasis on the elimination of waste defined as extra beds or time not performing medical tasks, have been central features of the reforms. This assumption of control often conflicts with the traditional exercise of autonomous clinical judgement by health professionals. At the same time, flattened hierarchies tend to concentrate control at the top while delegating responsibility, with fewer resources, to those delivering care. One place where the conflict becomes obvious is in the use of information technologies. Computer-based patient records technology, for example, which was "initially sold as facilitating nursing work, improving coordination between nursing and medical activities, improving quality of care, and lowering costs, resulted in information overload and standardization, clerical tasks load increases, work organization rigidity, and expert autonomy negation" (Sicotte, Denis and Lehoux 1998, pp. 440-1). The main problem was identified as the failure to base technologies on the way nursing is practiced; in other words, the failure to recognize the specific nature of care work. Task measurement strategies borrowed from the private sector face similar problems, because of the assumption that a specific task will take the same time without regard to the particular patient or provider.

The consequences of these strategies are obvious in the high rates of illness and injury among nurses and assisting occupations. Health sector workers are over 50% more likely than other workers to miss work due to illness or injury. If the absenteeism rate of RNs were reduced to that of all other workers, the equivalent of almost 5,500 more nurses would be at work full-time each year (CIHI 2002, p. 87)—almost exactly the number of RN diploma and baccalaureate graduates in 1999 (CIHI 1999, p. 31). "There are high burnout rates, feelings of job insecurity especially among less experienced nurses, and work-family conflicts" (CIHI 2002, p. 87). Part-time and casual employment is much more common than in other sectors, and so is multiple job holding. These patterns too can be linked to managerial strategies that fail to take the specificity of health care into account. Noting that current management practices have produced growing job dissatisfaction among nurses, the Final Report of the Canadian Nursing Advisory Committee (CNAC 2002) is blunt on the urgent need to address issues such as workload, overtime, absenteeism, illness and injury, turnover, paperwork burden, front-line management by nurses, and chief nurse positions. It concludes that the need is "not to repair *nursing*, but rather to renew and repair *the work environments in which nurses practice*" (CNAC 2002, p. 25). In other words, it is about business practices that fail to recognize the specific characteristics of care work. The same holds for the working environments of others health care providers.

Of course, Canada is not alone in these developments. Management strategies and the accompanying technologies are shared globally, and so increasingly is management personnel. More for-profit involvement in Canada has also meant more foreign corporations involved in care.

Just as there is evidence of an international move towards defining care as a business like the rest, so too is there evidence of widespread problems in workplace design (Baumann and O'Brien-Pallas 2001). A study of nurses in five countries concluded that, in emulating industrial models, hospital management has created problems in work design that are contributing to an uneven quality of care, medical errors and adverse patient outcomes, as well as increased nurse dissatisfaction and high levels of stated intentions to leave the profession (Aiken, Clarke, Sloane et al. 2001; see also Burke and Greenglass 2000). Moreover, it is not clear how far international trade agreements will force Canada in this direction. What is clear, however, is that they set limits on how much we can experiment, and that failed experiments would be costly in terms of both actual expenditures and loss of control over care policy (Gold 2002; Sanger 2001; Pollock and Price 1999). It is also clear that for those negotiating and enforcing international trade agreements, health care is a business—and one that is growing rapidly. This international context must be taken into account when developing strategies for health-care reform, and thus for health human resources.

The more or less enthusiastic embrace by governments, here and abroad, of the care-as-another-business model does promote the increased participation by for-profit firms in health care funding and delivery.[1] However, a distinction must be made between comparing the models and describing the public and private sectors. In this section, we compare models rather than describe sectors. Although our preference for the care-as-different model will be obvious, the main point of the section is to argue that the choice between models has implications for the kind of workforce that is required.

The care-as-different model stresses skill acquisition, continuous learning through practice, clinical autonomy, accountability through judgements based on evidence, as well as peer or (less often) citizen review, and collaboration through teams with complementary skills. The care-as-another-business model emphasizes a division of labour based on quickly learned tasks, accountability through evidence-determined practices and managerial control, and substitution of lower-skilled for higher-skilled providers, as well as flexibility in assigning providers to tasks. The two overlap, of course. For example, both encourage more care by nurse practitioners and midwives, although their reasons differ. In the former model, these providers are supported because they focus on the whole person and spend more time on health promotion, while in the latter model they are supported because they are thought to be less expensive substitutes for physicians who would otherwise provide the care. The former entails an expansion of skills; the latter, a denigration of skills. Both also encourage evidence-based decision-making, although the former sees evidence as a means of giving providers more control and enhancing their care, while the latter sees evidence as a means of controlling providers and making sure the least expensive care is provided. Each broad model also encompasses competing perspectives about who should do what. Many physicians, for example, understand primary care in terms of a medical model, with physicians assisted by others, while RNs tend to favour a more collaborative approach with nurses playing expanded roles.

These necessarily brief and simplified descriptions are intended to demonstrate the importance of models and contexts in structuring care. Before planning for change begins, the models need clarification, and decisions must be made about which model prevails, and to what extent it prevails. Such decisions are in turn linked to those about the nature of care to be

provided, where, and within what kind of structure. The introduction of a national public home-care or palliative care program, for example, would mean that more resources are required, and the model guiding the program would determine how much of this care is provided by RNs, licensed practical nurses (LPN) or other paid and unpaid providers, educated for the care or not.

The Human Resources for Care

The health-care labour force is highly organized, with 62% belonging to a union and an additional number represented by professional organizations (Akyeampong 2001, p. 52). This workforce is highly structured along complex, hierarchical lines, although these structures have been flattened to eliminate many middle-management positions in recent years, and some teamwork has always been part of care delivery. Doctors still define what is medically necessary but their authority is increasingly challenged by managers, patients and other providers. More than 30 occupations and professions are regulated under various pieces of provincial or federal legislation (Koehoorn, Lowe, Rondeau et al. 2002, p. 11), but they account for a minority of the workforce employed in the sector and there are no regulations covering unpaid care. Moreover, there is considerable diversity among jurisdictions in terms of rights for individual providers, unions, and employers. As well, there is considerable diversity in rules and practices linked to different work locations. Equally important, there are often significant differences between what people actually do and what the regulations or policy documents say they do. Home-care providers and hospital employees, for example, operate under different regimes, as do doctors and nurses working in the same hospital. Nurses in the North of the country have a wider range of duties than those working in the South, and care which in a facility can be provided only by a regulated provider is often provided at home by someone with little or no formal training.

These structures mean that the organizations representing providers must be involved in change, and that there is a wide range of organizations and regulations to take into account. While these organizations press for their members' interests, it does not necessarily mean that they resist change or fail to take patient needs into account. Research on a major hospital strike, for example, demonstrates that the predominantly female employees were motivated primarily by concerns for their patients (White 1990), and research on physicians indicates that they were much more open to change before recent reforms than after (Woodward 2000, p. 14). It is, then, the kind of change that is at issue, along with the speed of change and the involvement of providers in decision-making about change.

The health sector encompasses a wide range of jobs. Twenty per cent of paid employees in this sector are nurses. Along with doctors, who remain the most powerful group in care work, nurses have received the most policy and research attention. Some of the others are dentists, social workers, therapists and technologists, but a significant proportion is accounted for by housekeepers, laundry and clerical workers, trades people and dietary aides. The *Canada Health Act* recognizes that everyone employed in a hospital is necessary to care. More recently, however, these support services have been equated with hotel services and contracted out, explicitly rejecting notions of their specificity. Yet, research shows that "the technical sophistication of hospitals and the responsibilities of support workers require a different set of skills and training than would be required in a hotel", especially as care becomes more complex (Cohen 2001, p. i). Moreover, the work is integral to that done by recognized professionals and makes it possible for them to do their jobs. The farther care moves from the hospital, the less it is provided by regulated professionals and the more likely it is part of a business. However, B.C. research indicates that support work is also critical to the health of those cared for at home (Hollander and Tessaro 2001). Health human resource planning, then, must not only take support

workers into account in terms of numbers but also in terms of training and regulation. This is particularly the case as care moves away from hospitals and away from regulated professions.

The health-care labour force is also highly gendered. More than 1.5 million people work in the paid health and social services labour force, and more than 80% of them are women (CIHI 2002, p. 40). Women account for a similar proportion of unpaid primary care providers, although their actual numbers are more difficult to determine. We do know that those providing care as family, friends and volunteers significantly outnumber paid providers, and that paid services complement unpaid ones, not the other way around (Armstrong and Kits 2001). Although women have moved in increasing numbers not only into the labour force but also into traditionally male-dominated health care jobs, and some men have moved into female-dominated work, nursing and support occupations remain women's work and so does care at home. Indeed, the National Forum on Health (1997, p. 19) used the term "conscripted" to label the requirement that women provide unpaid home care to household members. This means that many women providing paid care are increasingly expected to provide unpaid care at home as well.

Even without a disabled child, frail parent or ill spouse at home, women are more likely than men to experience conflicts between family and paid work. Given that most men still earn more than most women, women are also more likely to be tied to their spouse's place of work. However, with their partners employed and with changing values about parenting, men too are less willing to work hours that make their home life difficult. Moreover, women are socialized to feel responsible for care, and struggle hard to make up for the growing gaps in the system in ways that both make the consequences of cutbacks less visible and undermine their health. Equally important, they are expected to provide care. Delivery systems are based on this expectation. As providers of most of the hands-on care, women are held responsible for care by their employers, patients and professional organizations. Similarly, those providing care at home, without pay or training, are also held responsible for their family members' care. The female domination of this work has contributed to the invisibility of many skills involved in care, as well as to the invisibility of the paid and unpaid care work now being done by women to make up for the gaps left by health care reforms (Morris 2001). These patterns have significant implications for pay, workforce distribution and care location, as well as for openness to change. Policies to promote change need to take both paid and unpaid care, as well as the gendered nature of the workforce, into account (Armstrong, Amaratunga, Bernier et al. 2001).

The health-care labour force is also aging. As a result of women staying in the labour force and of reductions in both hiring and education, the average age of those working in the health sector is well over 40 for the first time. This means that many are finding it increasingly difficult to work under current conditions. Many are near retirement or contemplating early retirement. Equally important, intensified working conditions limit their possibilities for sharing what they know with new recruits on a daily basis. This means not only that planning must contemplate replacements for the large numbers soon to retire, but also that strategies are required now to ensure that those currently employed stay until retirement age and share what they know during that time (Schetagne 2001, p. 20; Kazanjian 2000, p. 6; CNAC 2002, p. 37). It means as well that there are important differences within each occupational group that need to be considered in planning. Moreover, cutbacks throughout the last decade mean that there is an age gap in the labour force, with very few people between the oldest and youngest groups.

In addition, resources include those who are currently unemployed or underemployed in care. There are people who have already left because they were laid off or found working conditions too difficult, and others who have seen their hours reduced to part-time or have been shifted to casual work. There are also those who are employed but denied the opportunity to use the knowledge and skills they possess. They constitute a reserve that could be drawn back into care if conditions are changed to offer secure, full-time employment as well as enough support and time to provide appropriate care. Foreign-trained providers represent another reserve, one that we are increasingly tapping. However, this means that other countries are paying for the educated labour force we recruit and may be left without the resources they require. Furthermore, there are additional questions about the culture of care learned in other countries and the regulations regarding professional practice in Canada.

Finally, the nature of the labour force is linked to the nature of the required care. Care needs are changing. The most talked-about change is the aging of the population. There are intensive debates about its impact. Some warn of catastrophic consequences, while others maintain that seniors today are healthier than their ancestors, and that the costs of care are in many ways created more by the care we provide than by inevitable demands of aging (Canadian Health Services Research Foundation 2001). From this latter perspective, changes are required in the kind of care provided rather than primarily in the amount of resources dedicated to care. One strategy, which may reduce costs while increasing comfort and dignity, would be to reallocate some resources to palliative or hospice care. In any case, more geriatric services will be required. More people with severe disabilities are living longer, as are others with chronic diseases. Some of these persons are demanding more control over their providers, and all need some care. More of the population has migrated from Asia, Eastern Europe, Latin America and the Caribbean, and more of the population has Aboriginal origins. At the same time, there are fewer social supports provided by government, fewer children around to support family members in their old age, more women in the labour force, and fewer spouses as a result of higher divorce rates.

Demand is also created independently of these demographic changes. The growth in advertising for drugs and treatments on traditional mass media and the Internet helps shape the demand for care, sometimes in inappropriate ways. "The result of this deluge of information on the supposedly pervasive risks to personal health is that people feel much more vulnerable" (Petrie and Wessely 2002, p. 690). All these developments have implications for the structure of care delivery and the kind of care required, and thus for the kinds of change providers will have to address.

To conclude, a successful health human resource strategy must include employer-union-professional association cooperation; recognition of the diversity of care settings, populations needing care and occupations in health care; acknowledgement that people in unregulated occupations or providing unpaid care for family, friends and neighbours are vital to the system; gender-sensitive approaches that take explicit account of the competing demands placed on women in particular; initiatives to retain older health-care workers and help them share their experience with entrants to the sector; efforts to make fuller use of those who are underemployed in health care, who left what they deem an unattractive field or who have foreign credentials we could better recognize; and ongoing attention to shifts in the population needing care.

Educating for Care

The history of education for care is in part a history of increasing specialization, years of formal education and continuing studies (CIHI 2002, pp. 18-29). At the same time, however, a growing number of care providers are quickly trained or have little or no training, especially on-the-job training. While most formal training happens in public institutions, there is also some formal workplace training. Approaches to education vary not only over time and among jurisdictions, but also with approaches to care. Planning for care involves the consideration of all these.

A central issue in planning for the future is who should receive formal health care training. Although there is a consensus that health is shaped by a host of factors, including the physical and social environment, health care is often treated as a determinant separate from the rest. Thus, those defined as health care professionals receive specialist training while those involved in ensuring the environment for care is safe have seldom been required to take courses on health. Defining support functions as hotel services reflects this approach, but there is at the same time a growing recognition that these providers too require particular skills. For example, research from Montreal demonstrates the importance of hospital cleaners in disease prevention (Messing 1998), and hospitals in B.C. prefer to hire cleaners who have completed a three-month community college program (Cohen 2001, p. 6). Similarly, research on clerical staffing concludes that inconsistencies and the lack of training standards undermine both efficiency and quality of care, leading to recommendations for training programs that "close the skills gap" (Hospital Employees Union et al. 1999, p. 13). Even though a great deal of care is now provided at home by family, friends and volunteers, there is little formal training and even less consistency in addressing this skills gap. The lack of training, like that in some paid support services, reflects both the invisibility of the work and the assumption that women who do the majority of the work are natural caregivers. The health consequences for providers and care recipients are often negative. At the same time, the notion that health care is a business like any other means that managers in health care are not required to have health-care education. Indeed, some come directly from other sectors. For Henry Mintzberg, arguably Canada's foremost management expert, the cult of measurable efficiency has had immoral consequences. He illustrates his position with reference to health care, where "We're starting to find out what we lost, but it took years to find out. They [i.e., managers who use cost-benefit analysis but lack substantive knowledge of health care] knew what they were saving instantly" (quoted in Swift 1999, p. 19).

The need to consider education for the entire range of people working in health care is linked in turn to education for teamwork. Teamwork has a long tradition in this area, especially among nurses. Today, nursing shortages, efforts to cut costs and new management philosophies are encouraging strategies that integrate more Licensed Practical Nurses, care aides and others into care teams (Canadian Practical Nurses Association 2000). Similarly, there is renewed interest in promoting teams for primary care, involving nurse practitioners, midwives, therapists, social workers, pharmacists and others. This could mean strategies to train existing staff by upgrading skills and preparing for teamwork. The Hospital Employees Union, for example, maintains that "support for team nursing and increased practical nurse education will go far in alleviating those pressures and enhancing the quality of bedside care" (Hospital Employees Union et al. 1999, p. 3). Bridging programs would not only allow providers to acquire appropriate skills, but also permit providers to move from one category to another without undermining skill requirements.

A focus on teamwork could also include more interdisciplinary and shared courses in initial education programs, as well as more training on working in collaborative teams.

There is concern, however, that these strategies could lead to substitution rather than complementarity, and serve to reduce education and training periods instead of recognizing that all providers need a solid background in health. There is also concern that such courses would take time away from critical skills training. There is concern as well that one occupation and care model would dominate, with physicians and their bio-medical model in particular viewed with suspicion by some. In Ontario, midwives opted for a separate university program in part because they feared medical dominance. Finally, the costs of ongoing training and education are also an issue, particularly for women, few of whom have the time or the money to take courses outside their paid work hours.

Shared courses, interdisciplinary courses and training in collaborative teamwork are not the only suggestions in course content for providers that would help them adapt to change. Flexner's famous report on health care, released early in the twentieth century, recommended that humanities courses would promote communication with patients and other providers. Only small progress has been made in this direction, in spite of many more subsequent inquiries supporting this development. Communication skills have received more attention and become increasingly important with a multicultural and highly educated population. The Internet too has contributed to the need for these skills, as has the focus on informed choice (Mechanic 2002). Courses on the structure of the health-care system have also been suggested, especially in these times of rapid change. With inequality, culture, sex, and gender now recognized as determinants of health, these subjects too warrant attention. And the aging of the population, combined with a shift to community and palliative care, means more emphasis needs to be placed on care for the elderly and care at home. A shift to health promotion strategies, along with more evidence-based practices, is also on the agenda. The problem here, of course, is that there is limited time in any program, although these issues could be addressed by integrating them into all course materials. Such material may also be uncomfortably placed within a curriculum that privileges certain kinds of evidence (Muzzin, 2001). Another partial solution would be to make greater use of procedures for prior-learning assessment and recognition.

Additional skills and content could be introduced in workplace education programs, with a focus on the particular needs of the location and population served. Workplace education can help providers learn about new technologies and new patient needs. Requiring that a certain proportion of the payroll be dedicated to education, as now happens in Quebec, could encourage this (Schetagne 2001, p. 20). Research on physician education suggests that the location of educational institutions also matters. People trained in rural areas are more likely to work there. The same may be true for those who receive much of their training in home care or long-term care facilities.

Teamwork is not exclusively or even primarily learned in a classroom. Indeed, much of what providers need to know is learned tacitly, as they work with others and outside formal learning structures. In addition, the rapid changes in health-care organizations and the continual introduction of new technologies mean that learning must be a regular aspect of all providers' work. Some professions require their members to take continuing education courses. Some are

considering ways of assessing skills on an ongoing basis. Some employer-union contracts build formal learning programs into the workplace. But there is little consistency in continuing education policies across health-care occupations and little research on their effectiveness. Little attention has been paid to educating those in long-term or home care for their new demands. Moreover, the move to care in isolated households means that there are few opportunities to learn from and share with others unless there are organized attempts to create such opportunities.

Along with the emphasis on continuing education has come a renewed interest in tacit learning and mentoring. At the same time, it has become increasingly difficult for experienced providers to share what they know or learn new ways of practicing. This is mainly because a business model focused on raising short-term productivity means that workloads have increased in ways that leave little time or energy to share or to learn. Research on nursing leads to a recommendation for greater flexibility in allowing older staff to work shorter hours while retaining their permanent, regular positions. "This flexibility for older staff would ensure that they continue to work and would allow proper mentoring of the new recruits by senior RNs, improve working conditions, and enhance quality of care. Such a policy requires sustained collaboration between employers and unions" (Kazanjian 2000, p. 6). Similarly, a report on skill shortages recommends that employers negotiate clauses in collective agreements that allow a gradual move to retirement while providing a "period during which the transfer of knowledge to younger workers could be accomplished" (Schetagne 2001, p. 20). Of course, this approach would also mean more time for younger workers to learn, and it may conflict with the "business-like" emphasis on measurable tasks and cost-cutting in care. It would allow older workers to learn from younger ones. Although the focus in tacit learning is usually on individuals, groups also learn and do so within specific organizational contexts that influence how they learn. Examining the introduction of new cardiac surgery technology, a U.S. researcher has concluded that "It may even be counter productive to encourage organizations to quickly adopt new technologies that require tacit knowledge for improvement and present a need for independence among users. This is because it is hard to explain how to improve teamwork and coordination" (Anonymous 2002, p. 26). Instead, alternative means such as participation in other, more experienced teams must be developed in order to transfer knowledge.

New areas such as telehealth also mean new requirements for learning. Currently, phone service lines rely on experienced nurses trained to provide other kinds of care. Assessments have focused more on whether these services reduce the use of emergency rooms and doctors' offices than on the kinds of skills required (Lattimer, Sassi, George et al. 2000). Other forms of telehealth have received even less assessment focusing on the skills required or the full range of patient needs. For example, there is little research on what happens to social supports when patients receive care through telecommunications systems.

This still leaves the question of how learning is assessed and how graduates are recognized. There are wide variations across the country in how people move from education to practice and few ways of tracking movement after they do graduate. There have been calls for a single standard in education and in admission to practice in some fields, combined with a single registration number that would make it possible to track practitioners. This would require much more coordination among jurisdictions and with organizations representing providers. It would also involve the assessment of costs and benefits. Standardization is not supported by all. It could

undermine the diversity that has developed in response to regional differences in needs and it could promote competition among jurisdictions for providers.

Less attention has been paid to prior-learning assessment and recognition. This procedure enables us to put to use knowledge and skills acquired through experience or in other countries, while benefiting from the diverse sources of such knowledge and skills. Bridging programs too could help fill the demand for a range of other providers with the skills needed for care.

If the future holds more long-term and home care, more primary-care teams and telehealth, more technologically sophisticated interventions as well as more health promotion, then education programs within and outside the workplace will need to provide an environment that enhances the kinds of skills and relationships required for these quite different forms of care. Given that the future necessarily involves serving a more culturally and economically diverse population, and a gendered one, education programs must prepare providers to be sensitive to this diversity.

Accountability and Governance in Care

Debates about accountability in health care are as old as the Hippocratic oath. For much of the twentieth century, the emphasis was on ensuring that those defined as professionals had the necessary skills and adhered to ways of practicing determined by their peers. Policies on scope of practice linked to licensing, certification and registration[2] reflected what professions defined as required skills. Indeed, the very definition of a profession was, to a large extent, based on the notion of self-regulation and an acquired body of theoretically based knowledge. The history of the twentieth century was also a history of processes whereby more occupations successfully sought professional status, gaining them both more recognition and more control over their work (Johnson 1972). From the 1960s onward, claims that professions were more about self-interest than protection of patients, combined with an increasingly educated public, led to demands for more involvement by patients in care decisions and more citizen participation in the regulation of professions (Blishen 1991). In response, lay members were added to professional regulatory bodies, their processes were made more transparent and some patient rights were recognized (Flood and Epps 2001, p. 4). More recently, task-based regulatory models have been introduced to limit licensing to tasks considered to involve potential for serious harm. There is an increasing interest in formal skill maintenance and testing, as well as in surveys of patient satisfaction.

Today, the emphasis is on evidence-based practice, on cost control and on greater flexibility for managers in assigning tasks. Comparable "calculative technologies make it possible to render visible [activities] of individuals, to calculate the extent to which they depart from norms of performance and to accumulate such calculations in computers and files and to compare them" (Peter Miller, quoted in Exworthy and Halford 1999, p. 5). Accountability often means counting, and strategies such as those that base physicians' income on a fixed rate for each patient signed up for the service (capitation and rostering) seek to ensure doctors are financially accountable for care. Much less attention has been paid to the unregulated occupations, although their responsibilities and their compensation are usually delineated in contracts. Unpaid providers seldom face any kind of formal accountability mechanisms.

Accountability, then, is a complex term with quite different meanings. There are debates about whom providers are accountable to, for what actions, and through what processes. Are they accountable to their peers, to their patients, to their employers, to citizens who pay taxes, to governments that decide policies, or to all of these? Is accountability about money, practice, opinions, responsibilities, and relationships with colleagues? Is it about reporting and regular assessment, self-regulation and complaints, regular upgrading and education? There are also debates concerning how rigidly lines between providers' scopes of practice should be drawn.

There are no simple answers to these questions, but rather tensions that must be balanced in determining strategies that will make it possible for positive changes to happen.

First, there are tensions between managers/employers/governments and providers over control and the nature of their practice. Managers and governments are promoting a flexible labour force in ways that imitate similar practices in business. Multiskilling would allow easy deployment and would mean new approaches to scope of practice, allowing more providers to do currently restricted tasks. And task division would allow both the substitution of some workers

for others, freeing the most skilled for specialized tasks, and faster training for tasks defined as least skilled. The farther care moves away from hospitals and from regulated professions, the more flexibility is promoted.

Against this position are those who support collaborative, integrated services based on a recognition of specialized, complementary skills and the need for comprehensive patient care, as well as on the desirability of self-regulation. For example, nursing organizations argue that care in long-term facilities requires regulated providers and skill upgrading courses to accommodate new care needs and changing technologies. Among both governments and provider groups, there are also disagreements about the degree of specialization required. Registered Nurses, for example, have long been divided over whether or not a B.Sc.N. degree should be the minimum educational requirement. This continuing debate reflects, in part, different views of care.

There is considerable evidence supporting the need for regulation and for highly skilled workers, especially in terms of care by Registered Nurses (CNAC 2002, p. 24). Licensing rules linked to scope of practice do help protect patients and providers. Indeed, there is a case to be made for extending regulations to emerging categories. Pharmacy technicians provide just one example (Peartree Solutions 2001). Yet, variations across the country in terms of how scope of practice is defined and who is regulated, as well as variations within provinces in terms of who does what, suggest that the lines cannot be rigidly drawn. So does the overlap in areas of services covered. There is evidence indicating that nurse practitioners and midwives can safely do some of what doctors do. There is much less research on the impact of multiskilling in health care or on the use of other providers. Again, pharmacy technicians provide an example. "[T]here is little disagreement that the organized use of properly trained unlicensed personnel can be beneficial to organizations, patients, and health care practitioners" (Backman 2000, p. 33). What is required is a balance between skill protection and flexibility.

Tensions between managers and providers arise not only over skills but also over control. Managers seek both to have greater control over what providers do as a means of planning and cost cutting and to have providers in general, and physicians in particular, take more responsibility for cost control. Bed reductions and care pathways are examples of the former; capitation and rostering of the latter. Salaries for doctors represent a middle ground between capitation and fee-for-service, with cost control delinked from procedures or number of patients, and with more potential for choice based on need. At the same time, providers maintain that peers are the only ones in a position to assess their care and that autonomy is required to ensure that they can use their judgement to apply evidence in an individual case. Some see autonomy as integrally linked to payment methods. Support workers too argue that they need flexibility in their schedules to allow them to decide on the quality required in particular cases. Moreover, trust is a critical and necessary part of the system, because providers cannot be under constant surveillance and because rules cannot be developed to cover every case. Here, too, tensions need to be balanced rather than addressed by choosing one approach over the other. What is clear is that when and to the extent that providers and their organizations participate genuinely and fully in designing and implementing change, they are less likely to resist it. More importantly, they contribute to better decision-making about whether change should occur, how quickly and in what directions (see, e.g., Carrier and Tolbert 1998, esp. pp. 20-23, 28).

Second, there are tensions between patients and providers. Many, but not all, patients want to influence health care decision-making and gain some say over their own treatment, while many providers seek to maintain the autonomy necessary to direct patient care based on their knowledge. Policy-makers are encouraging patient and citizen participation in order to promote the appropriate use of cost-effective services, reduce dependence, improve responsiveness and increase understanding or acceptance of policy decisions (Coulter 2001). Participation can be one means of addressing the growing demand for services. Patient surveys, decision aids, citizens' juries and patient bills of rights have all been offered as ways to improve care and keep providers accountable.

Critics suggest that patients are often not in a position to judge, because they lack the knowledge, time or inclination and because their participation may reinforce prejudices against specific groups such as homosexuals or the mentally ill (Rosén 2001). Most patient assessment is summative rather than formative; that is, it grades the care rather than offering means to improve it. Administrative data on performance also have severe limitations, creating the impression of quality assessment while offering data that are often of little use in distinguishing among services (Naylor 2002). A U.S. study of hospital report cards found "ratings poorly discriminated between any two individual hospitals process of care or mortality rates" (Krumholz, Rathore, George et al. 2002, p. 1277). The *Maclean's* ranking of hospitals is similarly "limited to simple parameters that cannot reflect the multidimensionality of treatment-effectiveness indices or health-care environments as these exist in the real world" (Page and Cramer 2001, p. 297).

Moreover, patients may have few choices among services, especially in rural areas, so data may simply make them anxious about care while blaming providers for problems that are the result of the system rather than of a particular provider's practice. Indeed, various forms of participation may be primarily used to legitimate rationing decisions and shift blame. Patient participation makes no sense if there are no means for the system to respond, and is too often based on a "consumer" or "market" model of care that defines quality and access exclusively in terms of individual choice and purchasing care. Equally important, a strategy focused on patient demands ignores the ways the private, for-profit sector seeks to increase demand as a means of expanding sales. Direct-to-consumer advertising for prescription drugs provides just one example (Mintzes, Barer, Kazanjian et al. 2002).

There is a distinction to be made between individual patient participation in their own education, diagnosis and treatment, and the more collective, citizen participation in health care decision-making. There are also distinctions to be made between consultation and decision-making, and between regular participation and occasional input. The case has successfully been made for the ongoing involvement of citizens on regulatory and governing bodies, where they gain experience and knowledge while bringing their own expertise to bear on the process. How they are selected (by appointment or election) and whom they represent (themselves or particular groups) are more contentious issues, as is the decision-making process itself. So is citizen consultation on what services should be provided for whom. While citizens serving on regional boards decide broad policy on services, providers still usually retain the right to define what is needed in the particular case, including what is defined as medically necessary. Similarly, there are issues related to the accountability of individual practitioners and those related to their participation as a group in decision-making. In addition to promoting job satisfaction,

their participation in management and governance allows the system to benefit from their expertise and encourages providers to be more open to change (Backman 2000, p. 28). Critics warn, however, that such groups mainly defend their own interests, and some fear physicians in particular will dominate. What needs to be balanced here is not only providers' judgement and patients' or citizens' rights, but also the responsibility of policy-makers to decide, as well as take responsibility for their actions, with the responsibility and rights of patients.

Third, there are tensions among providers. Some doctors have fought hard against the licensing of midwives, Registered Nurses against the use of Licensed Practical Nurses, and so on. In doing so, they are protecting not only their self-interest but also (their perceptions of) the quality of care provided under current conditions. For example, the literature suggests that care quality in hospitals and long-term facilities is directly related to the proportion of RNs: the higher their share of the work, the higher the quality of care (Shamian and Thomson 1999). Furthermore, "the ability of nurses to practice their profession according to the professional standards and values is a key determinant to their satisfaction and commitment" (Backman 2000, p. 28). Breaking down care into tasks reduces their capacity to provide comprehensive care, across the full spectrum of caregiving. Employment insecurity, combined with the effort to make care a series of easily learned tasks and declining autonomy are thus important factors in the resistance to redefining scope of practice.

Yet, a move toward greater flexibility and teamwork need not require abandoning scope of practice regulations or undermining provider quality. It is possible to organize comprehensive care by expanding the group involved in care and by basing care on their combined skills and collaboration. It does require appreciation of the skill sets of other providers and a sharing of power. Such a strategy can simultaneously ensure quality while allowing a wider range of providers to participate and to share both knowledge and responsibility. Working in teams also makes daily work visible, thus encouraging accountability of providers to those who know about quality care. However, this kind of strategy requires employment and income security, as well as recognition of the need for training and the importance of skills. And teamwork cannot be the only solution, because teams are difficult to organize or inappropriate in some areas.

Building accountability into change requires recognizing that accountability is about more than finances, and that finances involve values. It is also about the quality of care in both the short and the long term, and about trust in both the providers and the system. It is difficult to base accountability for care on a market model of competition and choice. In a market model, too much is short-term and confidential, and too little is secure and continuous. If care is to be integrated, there will be too few organizations available to make choices among competitors meaningful. And the stakes are much too high and the means of assessment much too limited to base accountability on competition, even if there were enough providers to compete. There are tensions in all accountability strategies that need to be accommodated, and this accommodation means continuous collaboration among the full range of organizations representing providers, employers, patients and governments. Moreover, providers are more likely to be open to new accountability processes if employment is secure.

The Complexities of Planning for Care

Social, economic, political and demographic factors establish contexts for health-care needs and demand. So do assumptions about the nature of care and how it should be delivered, because these assumptions shape what kind of care providers are required.

If the emphasis is on the specificity of care, then collaborative teams based on the recognition of complementary skills will be promoted, although multiple models will be contemplated in order to accommodate the quite different needs of different populations and the variety of practice strategies. This means continued emphasis on specialized skills and scopes of practice, while allowing for more occupations such as midwives or paramedics and more overlaps in scope of practice. Emerging occupations such as pharmacy assistants and new assignments such as telehealth would require regulation and specific training. Those working in long-term care facilities and home care would participate in upgrading programs to meet new demands, and bridging programs would be encouraged. Attention would be paid to training support workers and unpaid providers. It would also mean the return of some middle managers that are trained in the specific fields they direct, and less emphasis on physician care in some areas. Equally important, providers and the organizations representing them would participate in decision-making about change and play an important role in developing accountability mechanisms.

If the emphasis is on business practices and costs, then teams based on much more flexible scopes of practice and limited training for specific tasks would be the norm both inside and outside facilities. Accountability would emphasize data collection, financial factors and managerial control. Management training would focus on business skills, not health-care skills. Patient participation would be encouraged, and so would public measurement of outcomes as means of promoting competition and results. Contracts would be the way to specify care, rather than relying on scope of practice and self-regulating professions.

In addition to making assumptions about care, it is also necessary to decide about the role various levels of government play in planning, in education, in accountability and in employment. The federal government now influences health human resource planning through data collection, support for research and teaching, the principles governing the financing of most public health care, the provision of Aboriginal health care and health protection measures, and immigration policies. International agreements, signed by the federal government, as well as other pressures such as security concerns following September 11, place some restrictions on the government's right to decide who enters and leaves the country, and what kinds of services are provided within the country. Other federal initiatives, such as support for primary-care reform, also influence resources. But these different aspects of federal involvement are not well coordinated with each other, and there is little systematic planning for resources at this level.

Although provinces and territories are more directly involved in human resource planning, they too lack systematic and coordinated planning mechanisms. Indeed, the current Ontario and B.C. governments have eliminated their healthcare labour adjustment agencies. And reforms have reduced the control they did have in some areas, as have federal reductions in funds and changes in funding. "Since almost all jurisdictions have decentralized health-care delivery by regionalizing or by implementing similar measures of devolution, at least in so far as care

delivery by non-physician providers is concerned, government no longer possesses as many direct policy levers that can be applied to employment and/or deployment issues" (Kazanjian 2000, p. 10). The move to allow more private educational institutions and health services also further limits government planning, as does the continuing right of the regulated professions to control educational requirements, the absence of regulation for other health care providers, and international trade agreements.

Currently, there are only limited common data on providers across the country, and even more limited centralized information on education, qualifications and admissions to practice. A variety of reports have suggested that planning must begin with the systematic collection of such information and a means of tracking where individual providers go (e.g., Backman 2000; Kazanjian 2000; CNAC 2002). With such data, there would at least be a better understanding of current resources, their allocation and skill mix. These reports have also recommended a national organization to "identify strategies and methods of supporting better human resource planning" (Backman 2000, p. 81). This could include support for more consistency across jurisdictions in terms of education for and admission into practice. The 1995 Agreement on Internal Trade (AIT) promises both greater freedom of movement for members of regulated professions and a movement towards more common standards for entry and practice. Other occupations in health are not part of the plan. However, provinces and territories wish to retain at least some control, as do provider organizations, not only in order to protect their own interests but also to respond to local needs and resources. Moreover, if standards are the same and movement is easy, each jurisdiction will compete with the others for labour. At the same time, though, the female domination of the labour force may contribute to make providers less mobile.

There are basically three sources of provider supply. One is the existing supply, including both persons currently employed, full or part-time, and those unemployed, or those trained in health care but employed in other areas. Is there a shortage of skilled providers or a shortage of good jobs for skilled providers? The high injury rates, combined with the large numbers of persons not employed full-time in their profession, suggest the latter. U.S. research indicates that physicians' job satisfaction and willingness to practice decline as their control is reduced (Williams, Conrad, Scheckler et al. 2001). The same relationship almost certainly holds in Canada. Recall that a major survey of hospital nurses in several countries, including Canada, links high levels of job dissatisfaction to the current shortage (Aiken, Clarke, Sloane et al. 2001). Appropriate working and educational conditions, as well as secure employment and trust, are essential ingredients to attract providers back into health care.

Another source of supply is new recruits. There does not appear to be a shortage of people willing to enter education programs, although rapidly rising tuition fees seem to be changing who is entering programs and what kind of work they seek when they leave. This is especially the case for medical students, who are increasingly likely to come from households with high socio-economic status (Kwong, Dhalla, Streiner et al. 2002). Students in Ontario medical schools, where tuition fees have recently climbed steeply to become the highest in the country, also anticipate higher indebtedness upon graduation, at $80,000 for those entering in 2000 as against $57,000 for those who entered in 1997 (Dhalla, Kwong, Streiner et al. 2002, Table 3). Meanwhile, graduates are flocking to residency openings in surgery, leaving 109 openings in the less lucrative field of family medicine unfilled in the initial "matching" exercise (Sullivan 2002).

There does seem to be a shortage of those willing to work in areas now requiring new recruits and a shortage of good jobs. Secure employment would undoubtedly encourage retention in these areas. So would the creation of more employer-sponsored training opportunities. Research on physicians in Ontario demonstrates that market solutions are unlikely to solve the location problem (Blomqvist and Tissaaratchy 2002). The high proportion of women, combined with changing male attitudes towards work and family responsibilities, means that more organizational accommodation to family needs is also required.

The third source of supply is foreign-trained providers. This raises critical questions about appropriate skills and about relying on other countries' resources. There is little systematic assessment of this source, so it is difficult to suggest strategies beyond research on consequences and options. One advantage for Canada in employing foreign-trained providers is that they bring needed language skills and cultural sensitivity to serving segments of our diverse population.

Demand is linked not only to the higher education of the population and access to the Internet, but also to advertising designed to increase demand, especially for prescription drugs. The growing proportions of elderly, of people with chronic diseases and disabilities, and of people with capacity in neither French nor English also affect demand, as does the shift to long-term care facilities and home care. This means a changed emphasis in education programs, along with more integration of education into workplace activities.

To sum up, federal and provincial governments have played important roles in shaping both supply and demand. These roles are diminishing, however, with international trade agreements, regionalization, funding reductions and instability, and privatization. There are few ways to track changes in health human resources at the national, provincial or local levels. Before more effective planning for change can be undertaken, decisions must be made about contributions at each level, and better data must be collected. And fine balances between standards and standardization, and between planning and choices, must be set.

Conclusion

An array of proposals for health human resource planning has been made. And more are being completed for the Commission. The challenge is to develop the means to assess them, rather than to add another one to the heap. This paper is intended to set out the kinds of questions that need to be asked about such work. While these questions are raised throughout the paper in more detail, they can be summarized as follows:

1. What model of health care guides the analysis and recommendations? Is health care understood as a business like any other or is it understood as different, with its own specific kinds of values, personnel, relations, work organization, decision-making structures and demands?

2. How are the global, national, regional, local and institutional contexts taken into account?

3. What social, economic, cultural and other demographic components are included in the understanding of the changing demands for care and how will the proposed strategies balance or otherwise address these demands?

4. Is the entire range of paid and unpaid providers considered, and are their current work structures recognized and the relationships among providers, as well as their specific characteristics, addressed?

5. How is education understood and does this understanding encompass formal and informal learning for the full range of paid and unpaid providers? Is knowledge sharing seen as a critical aspect of daily practices, and continuing education as an integral part of workplace culture?

6. How is accountability defined and does this definition extend beyond finances, scopes of practice and certification regulations for some providers? Who is accountable to whom, for what, through what processes, for what time period, and on the basis of what evidence? Are the tensions between managers/governments and providers, between patients and providers, and among providers considered? Is employment security considered alongside flexibility? How much influence do providers affected by decisions have over their content and timing?

7. Does planning for care recognize the tensions, diverse approaches and complexity inherent in health care, and the need to balance conflicting pressures in different ways, in different places, and at different times? Does it recognize, and make explicit, the roles of various levels of government, of providers and of citizens?

Planning for health care will always be a somewhat messy and unfinished project. This paper sets out some of the mess, and some basic issues and approaches to planning for what will always be a work in progress.

Notes

1. Elsewhere (e.g., Armstrong, Armstrong, and Connelly 1997) we have used the term "privatization" to label not only the development of private sector funding and delivery, but also the transfer of work to private households and the adoption within the public sector of private-sector practices. This latter form of privatization, which is consistent with the care-as-another-business model, is often termed "reinventing government" (see, for example, Osborne and Gaebler 1993; Treblicock 1994) or "new public management" (see, for example, Aucoin 1995; Shields and Evans 1998).

2. Only those with the relevant license are allowed to perform a given task, e.g., prescribe medications. Only those who are certified can use a specific occupational title, e.g., physiotherapist. Whether or not under a licensure or certification framework, a government agency or professional association may register members. This registration may be voluntary or compulsory for those in the occupational group (CIHI 2002, p. 24).

References

Aiken, Linda H. et al. 2001. Nurses Report on Hospital Care in Five countries. *Health Affairs* 20 (3), 43-53.

Akyeampong, Ernest B. 2001. Fact-Sheet on Unionization. *Perspectives on Labour and Income* 13 (3), 46-54.

Anonymous 2002. Learning How and Learning that: Different Patterns of Performance Improvement for Tacit and Explicit Knowledge. <http://kuuc.chair.ulaval/english/master.php?url=bulletin.php> (26 March).

Appelbaum, Steven H., Andrea Everard, and Loretta T.S. Hung. 1999. Strategic Downsizing: Critical Success Factors. *Management Decision* 37 (7), 535-552.

Armstrong, Hugh, Pat Armstrong, and M. Patricia Connelly. 1997. The Many Forms of Privatization. *Studies in Political Economy* 53 (Summer), 3-9.

Armstrong, Pat et al., eds. 2001. *Exposing Privatization: Women and Health Reform in Canada.* Aurora: Garamond.

Armstrong, Pat et al. 1997. *Medical Alert: New Work Organizations in Health Care.* Toronto: Garamond.

Armstrong, Pat and Olga Kits. 2001. One Hundred Years of Caregiving in Canada. Ottawa: Law Commission of Canada.

Aucoin, Peter. 1995. *The New Public Management: Canada in Comparative Perspective.* Montreal: Institute for Research on Public Policy.

Backman, Allen. 2000. Job Satisfaction, Retention, Recruitment and Skill Mix for a Sustainable Health Care System. Report to the Deputy Minister of Health for Saskatchewan.

Baumann, Andrea and Linda O'Brien-Pallas. 2001. The Status of the Nursing Workforce in Ontario: The Numbers and the Worklife Issues in November 2001. Report submitted to the Ontario Nurses' Association.

Benner, Patricia. 1984. *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice.* Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Blishen, Bernard. 1991. *Doctors in Canada.* Toronto: University of Toronto Press.

Blomqvist, Åke and Piyanjali Tissaaratchy. 2002. Patterns of Physician Service Utilization and Supply: Recent Evidence from Ontario. Currently under review.

Burke, Ronald J. and Esther R. Greenglass. 2000. Effects of Hospital Restructuring on Full Time and Part Time Nursing Staff in Ontario. *International Journal of Nursing Studies* 37, 163-171.

Canadian Health Services Research Foundation. 2001. Myth: The Aging Population Will Overwhelm the Healthcare System. *Links* 4 (4), available at <www.chsrf.ca>.

Canadian Practical Nurses Association. 2000. *Primary Health Care: What is it and where do Licensed Practical Nurses (LPNs) Fit?* Ottawa: Canadian Practical Nurses Association.

Carrier, Betsy and Jennifer Tolbert. 1998. *The Health Care Workforce at Safety Net Hospitals and Health Systems: Future Directions and Strategies for Change*. Washington: National Association of Public Hospitals and Health Systems.

CIHI [Canadian Institute for Health Information]. 1999. *Supply and Distribution of Registered Nurses in Canada, 1999*. Ottawa: CIHI.

_____. 2002. *Canada's Health Care Providers*. Ottawa: CIHI.

CNAC [Canadian Nursing Advisory Committee]. 2002. *Our Health, Our Future: Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses*. Ottawa: Health Canada for the Federal/Provincial/Territorial Ministers of Health Advisory Committee on Health Human Resources.

Cohen, Marjorie Griffin. 2001. Do Comparisons between Hospital Support Workers and Hospitality Workers Make Sense? Report prepared for the Hospital Employees Union [CUPE].

Coulter, Angela. 2001. Citizens and Patients as Partners in Health Services – An Overview of Various Methodologies to Include Citizens and Patients in Decision Making, in *European Health Forum Gastein 2000: Information and Communication in Health*. Bad Hofgastein [Austria]: Gunther Leiner, p. 155-162, available at <www.efhg.org>.

Dhalla, Irfan et al. 2002. Characteristics of first-year students in Canadian medical schools. *CMAJ* 166 (8), 1029-1035.

Exworthy, Mark and Susan Halford. 1999. Professionals and Managers in a Changing Public Sector: Conflict, Compromise and Collaboration? in *Professions and the New Managerialism in the Public Sector*, edited by Exworthy and Halford. Buckingham [U.K.]: Open University Press, p. 1-17.

Flood, Colleen and Tracey Epps. 2001. Can a Patients' Bill of Rights Address Concerns About Waiting Lists? Draft Working Paper, Health Law Group, Faculty of Law, University of Toronto.

Gold, E. Richard. 2002. Health Care Reform and International Trade, in *Health Care Reform and the Law in Canada*, edited by Timothy A. Caulfield and Barbara von Tigerstrom. Edmonton: University of Alberta Press, p. 223-244.

Gottlieb, Laurie N. 2000. Editorial: Shortage of Nurses, Shortage of Nursing. *Canadian Journal of Nursing Research* 32 (3), 3-5.

Hassen, Philip. 1993. *Rx for Hospitals: New Hope for Medicare in the Nineties*. Toronto: Stoddart.

Hollander, Marcus and Angela Tessaro. 2001. Evaluation of the Maintenance and Preventive Model of Home Care: Final Report. Victoria: Hollander Analytical Services.

Hospital Employees Union. 1999. Briefing Note on Health Human Resources Research and Planning: Focus on Practical Nursing. [Burnaby]: Hospital Employees Union.

____. 1999. Vancouver/Richmond Health Board, and Healthcare Labour Adjustment Agency. Executive Summary Report on Research Into Information Technology Staffing.

Johnson, Terrence J. 1972. *Professions and Power*. London: Macmillan.

Kazanjian, Arminée. 2000. *Nursing Workforce Study, Volume V: Changes in the Nursing Workforce and Policy Implications*. Vancouver: Health Human Resources Unit, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.

Koehoorn, Mieke et al. 2002. Creating High-Quality Health Care Workplaces. CPRN Discussion Paper No. W14. Ottawa: Canadian Policy Research Networks.

Krumholtz, Harlan M. et al. 2002. Evaluation of a Consumer-Oriented Internet Health Care Report Card. *JAMA* 287 (10), 1277-1287.

Kwong, Jeff C. et al. 2002. Effects of rising tuition fees on medical school class composition. *CMAJ* 166 (8): 1023-1028.

Lam, Helen and Yonatan Reshef. 1999. Are Quality Improvement and Downsizing Compatible? *Relations industrielles/Industrial Relations* 54 (4), 727-744.

Lattimer, Val et al. 2000. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. *BMJ* 320 (15 April), 1053-1057.

Levine, David. 2000. A Letter from David Levine, in *The Merger Decade: What Have We Learned from Canadian Health Care Mergers in the 1990s?* A report on the Conference on Health Care Mergers in Canada organized by the Ottawa Hospital and the Association of Canadian Teaching Hospitals. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.

Markham, B. and Jonathan Lomas. 1995. A Review of the Multi-Hospital Arrangements Literature: Benefits, Disadvantages and Lessons for Implementation. *Health Care Management Forum* 8 (3), 24-35.

Mechanic, David. 2002. Socio-Cultural Implications of Changing Organizational Technologies in the Provision of Care. *Social Science and Medicine* 54, 459-467.

Messing, Karen. 1998. Hospital Trash: Cleaners Speak of Their Role in Disease Prevention. *Medical Anthropology Quarterly* 12 (2), 168-187.

Mintzes, B. 2002. An Assessment of the Health System Impacts of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Medicines (DTCA). Volume I: Executive Summary. Vancouver: Health Policy Research Unit, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.

Morris, Marika. 2001. Gender-Sensitive Home and Community Care and Caregiving Research: A Synthesis Paper. Final Report to the Women's Health Bureau, Health Canada.

National Forum on Health. 1997. Values Working Group Synthesis Report, in *Canada Health Action: Building on the Legacy. Volume II: Synthesis Reports and Issues Papers*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services.

Naylor, C. David, 2002. Editorial: Public Profiling of Clinical Performance. *JAMA* 287 (10), 1323-1325.

Osborne, David and Ted Gaebler. 1993. *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*. New York: Penguin.

Page, Stewart and Ken Cramer. 2001. *Maclean's* Rankings of Health Care Indices in Canadian Communities, 2000: Comparisons and Statistical Contrivance. *Canadian Journal of Public Health* 92 (4), 295-298.

Peartree Solutions. 2001. A Statistical Analysis of Human Resource Issues in the Pharmacy Profession in Canada: Detailed Report. [Ottawa]: Canadian Pharmacists Association for Human Resources Development Canada.

Petrie, Keith J. and Simon Wessely. 2002. Editorial: Modern Worries, New Technology, and Medicine. *BMJ* 324 (23 March), 690-691.

Pollock, Allyson M. and David Price. 2001. Rewriting the Regulations: How the World Trade Organization Could Accelerate Privatisation in Health-Care Systems. *The Lancet* 356 (9 December), 1995-2000.

Rosén, Per. 2001. Citizens and Patients as Partners in Health Services – Is It Necessary to Include Patients and Citizens in the Discussion on Priority Setting? in *European Health Forum Gastein 2000: Information and Communication in Health*. Bad Hofgastein [Austria]: Gunther Leiner, p. 162-165, available at <www.ehfg.org>.

Sanger, Matthew. 2001. *Reckless Abandon: Canada, the GATS and the Future of Health Care*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives.

Schetagne, Sylvain. 2001. Building Bridges across Generations in the Workplace: A Response to Aging of the Workforce. Vancouver: Columbia Foundation.

Shamian, Judith and Donna Thomson. 1999. The Effectiveness and Efficiency of Nursing Care: Cost and Quality. Ottawa: Canadian Federation of Nurses' Unions.

Shields, John and B. Mitchell Evans. 1998. *Shrinking the State: Globalization and Public Administration "Reform"*. Halifax: Fernwood.

Sicotte, Claude et al. 1998. The Computer-Based Patient Record: A Strategic Issue in Process Innovation. *Journal of Medical Systems* 22 (6), 431-443.

Stein, Janet Gross. 2001. *The Cult of Efficiency*. Toronto: Anansi.

Sullivan, Patrick. 2002. Medical Students Grab Surgery Slots, Ignore FP Posts. *CMAJ* 166 (8), 1077.

Swift, Jamie. 1999. Saving the Corporate Soul. *Canadian Forum* 78 (June), 16-21.

Treblicock, Michael J. 1994. *The Prospects for Reinventing Government*. Montreal: C.D. Howe Institute.

Wagar, Terry H. and Kent V. Rondeau. 2000. Reducing the Workforce: Examining its Consequences in Health Care Organizations. *Leadership in Health Services* 13 (3), i-viii.

White, Jerry P. 1990. *Hospital Strike! Women, Unions and Public Sector Conflict*. Toronto: Thompson Educational Press.

Williams, Eric S. et al. 2001. Understanding Physicians' Intentions to Withdraw from Practice: The Role of Job Satisfaction, Job Stress, Mental and Physical Health. *Health Care Management Review* 26 (1), 7-19.

Woodward, Cristel A. et al. 2000. Changes Over Time in Attitudes Towards Health Care Policy Options. Research Working Paper 00-01, Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University.

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE Nº 28

Planification des soins : approches en matière de politiques et de planification des ressources humaines de la santé

par

Pat Armstrong, Ph.D.

Université York

et

Hugh Armstrong, Ph.D.

Université Carleton

octobre 2002

N° de catalogue CP32-79/28-2002F-IN

ISBN 0-662-87891-4

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que celles de l'(des) auteur(s), toutes ces études ont été soumises à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS), des Instituts de recherche en santé du Canada, pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen des études par des pairs. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin est utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants	**iv**
Sommaire	**vi**
Introduction	**1**
La nature des soins	**3**
Les ressources humaines affectées aux soins	**9**
L'éducation axée sur les soins	**13**
Responsabilité et gouvernance en matière de soins	**18**
Complexité de la planification des soins	**23**
Conclusion	**27**
Notes	**29**
Bibliographie	**30**

Points saillants

Répondre à la question « Comment les politiques et les pratiques en matière de ressources humaines de la santé contribuent-elles à promouvoir ou à entraver le changement? » signifie que l'on doit d'abord décider de l'interprétation à donner aux soins et de la nature des changements en cause. Un modèle où les soins sont traités de façon distincte engendre des options différentes de celles d'un modèle où les soins sont considérés comme tout autre service, et une évolution continue vers la responsabilité individuelle engendre des besoins différents sur le plan des ressources que, par exemple, un programme national public de soins à domicile.

Voici certains des facteurs qui doivent être pris en considération :

- La gamme complète des prestateurs de soins, rémunérés ou non, parce que tout changement dans le rôle d'un groupe de prestateurs influera sur celui des autres. La recherche et les politiques ont tendance à mettre l'accent sur le personnel médical et infirmier qui ne représente que le tiers de la main-d'œuvre rémunérée dans le secteur de la santé et des services sociaux.
- Les caractéristiques de la population active et celles des personnes ayant besoin de soins, parce qu'elles ont une incidence sur les options qui s'offrent et la nature des soins requis.
- Les divers moyens de garantir l'obligation de rendre compte, outre les politiques axées sur la portée des fonctions, l'accréditation et l'attribution des permis.
- La reconnaissance des tensions à arbitrer dans l'élaboration des critères de reddition de comptes et la nécessité d'inclure les prestateurs et les citoyens dans la prise de décision.
- La formation qui s'adresse à tous les groupes de prestateurs.
- Les changements dans le contenu de l'enseignement formel visant à promouvoir la communication, le travail d'équipe, le savoir interdisciplinaire et une compréhension des déterminants de la santé — en particulier le sexe, le revenu et la culture.
- L'éducation continue en milieu de travail et à l'extérieur, le temps requis pour mettre en commun des connaissances sur une base quotidienne, ainsi que la reconnaissance de l'apprentissage tacite.
- L'harmonisation et la mise à niveau des programmes, conjuguées à une évaluation et à la reconnaissance des acquis préalables afin de permettre aux prestateurs de s'adapter aux demandes nouvelles qui se posent dans des contextes particuliers.
- La recherche d'un équilibre entre les compétences spécialisées, d'une part, et une plus grande ouverture envers les nouvelles professions et le chevauchement des responsabilités, de l'autre, ainsi qu'un arbitrage des normes mais sans uniformisation qui ne tiendrait pas compte du contexte.
- Des politiques plus explicites sur les niveaux de responsabilité associés à la planification des ressources humaines de la santé.
- Une collecte plus systématique de données sur les ressources humaines de la santé.

- L'appui à de meilleures conditions de travail, à la sécurité d'emploi et à l'expansion des possibilités qu'ont les prestateurs d'influer sur les décisions relatives aux soins.

Dans ce document, nous nous employons principalement à identifier des principes et des approches plutôt qu'à formuler des solutions particulières.

SOMMAIRE

Peu après que la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada nous ait demandé de réfléchir à la question : « Comment les pratiques et les politiques en matière de ressources humaines de la santé contribuent-elles à promouvoir ou à entraver le changement? », l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a publié son rapport, intitulé *Les dispensateurs de soins au Canada*. Le Réseau canadien de recherche en politiques publiques a aussi produit un volumineux rapport résumant la documentation et les questions liées à la planification des effectifs en médecins et en infirmières autorisées. Plutôt que de reproduire ce qui se trouve dans ces rapports, nous avons pris pour acquis la masse de renseignements qu'ils renferment en cherchant à les compléter. Nous mettons l'accent sur l'identification de principes et d'approches en matière de planification du changement, plutôt que sur les détails ou sur la recommandation de solutions particulières.

Nous débutons par un examen des valeurs, parce qu'elles déterminent ce que font les prestateurs de soins et la façon dont ils sont organisés pour faire leur travail. Nous présentons deux grands modèles axés sur la compréhension de la nature des soins en faisant ressortir leurs conséquences pour la planification des ressources humaines. Un modèle dans lequel les soins sont considérés comme un service distinct, où l'accent est mis sur l'autonomie, sur la reddition de comptes par l'intermédiaire de collègues prestateurs, de jugements et de la spécialisation, et sur des équipes regroupant des compétences complémentaires. Un modèle dans lequel les soins sont considérés comme tout autre service, où l'accent est mis davantage sur la marge de manœuvre dont disposent les employeurs dans la répartition du travail, sur le contrôle de la gestion, sur la délégation des tâches aux prestateurs de soins à moindre coût et sur la participation des citoyens par des moyens tels que les fiches de suivi. Ces aspects, et d'autres, des différents modèles sont eux-mêmes liés aux réformes actuelles et futures qui déterminent les besoins en ressources humaines dans le domaine de la santé. Quatre grandes réformes sont identifiées : une redéfinition des hôpitaux vers une spécialisation exclusive dans les soins les plus aigus, la prestation de soins de plus en plus complexes dans les établissements de longue durée, l'évolution vers des soins plus spécialisés à domicile, ainsi que la promotion de la réforme des soins primaires en s'appuyant sur la *télésanté*. De nouvelles initiatives, par exemple un programme national public de soins à domicile, auraient aussi des répercussions importantes sur les besoins en ressources.

Une fois établies les valeurs fondamentales, il est essentiel que l'éventail complet des prestateurs soit inclus dans les plans de changement. La plupart des études et des débats de politique publique sont centrés sur le personnel médical et infirmier qui représente moins du tiers de la main-d'œuvre rémunérée du secteur de la santé et des services sociaux. Pourtant, la documentation sur les déterminants de la santé révèle que les gestionnaires et les préposés au nettoyage, les thérapeutes et les pharmaciens, le personnel de bureau et les diététiciens jouent tous un rôle essentiel sur le plan de la santé, en appuyant d'autres prestateurs et en contribuant à un environnement sécuritaire pour la prestation des soins. En outre, le groupe le plus important de prestateurs de soins demeure absent de la planification — les personnes soignantes non rémunérées, en majorité des femmes. Les changements qui concernent un groupe se répercutent nécessairement à l'ensemble de la main-d'œuvre rémunérée et non rémunérée.

Hautement organisée, hiérarchisée et partagée selon le sexe, la main-d'œuvre rémunérée est aussi vieillissante. Ces facteurs influent aussi sur les possibilités de changement. Il en est de même de la nature des soins requis par une population de plus en plus multiculturelle, raciale, éduquée et âgée, qui est plus à risque de contracter des maladies et des déficiences chroniques.

La planification de l'éducation devrait intégrer l'éventail complet des prestateurs rémunérés et non rémunérés, tout comme elle devrait tenir compte de l'apprentissage formel, continu et tacite. Des programmes d'harmonisation et de mise à niveau, jumelés à des processus d'évaluation et de reconnaissance des acquis professionnels, permettraient aux prestateurs de répondre aux demandes nouvelles engendrées par les réformes, l'évolution démographique et les nouvelles technologies. Des changements dans les programmes d'enseignement favoriseraient davantage l'aptitude à communiquer, les méthodes interdisciplinaires, le travail d'équipe et les connaissances requises pour participer activement à la planification des réformes et à l'évaluation des faits. L'apprentissage sur le tas permettrait de tenir compte des contextes et d'inciter les prestateurs à accepter de travailler dans des établissements et des endroits différents.

L'obligation de rendre compte représente aussi un enjeu fondamental. L'attribution des permis et l'autoréglementation sont des moyens d'assurer l'obligation de rendre compte. Adaptées aux demandes nouvelles pour un plus grand partage des tâches, la transparence et la participation des citoyens, ces méthodes ont encore un rôle important à jouer. Les contrats négociés avec les organisations représentant les prestateurs constituent un élément tout aussi important. Il faudrait accorder une certaine attention à l'absence de réglementation dans de vastes domaines du secteur de la santé, en particulier le travail des personnes soignantes non rémunérées. Les citoyens en général et les patients en particulier ont un rôle à jouer mais, comme dans le cas des prestateurs de soins, il faut veiller à ce que leur participation soit significative. L'élaboration de mécanismes de reddition de comptes suscite inévitablement des tensions entre les personnes qui gèrent le système et qui prennent des décisions et celles qui assurent la prestation des soins, entre les patients et les prestateurs et parmi les prestateurs de soins eux-mêmes. Ces tensions doivent être reconnues et intégrées au moment de planifier le changement, en visant à réaliser un équilibre entre les normes et le besoin de conserver une certaine souplesse pour tenir compte du contexte dans lequel les soins sont dispensés.

Les gouvernements fédéral et provinciaux ont joué des rôles importants en façonnant à la fois l'offre et la demande. Ces rôles sont toutefois en déclin sous l'effet de la conclusion d'accords commerciaux internationaux, de la régionalisation, des contractions budgétaires, de l'instabilité du financement et de la privatisation. Certains moyens existent pour suivre l'évolution des ressources humaines de la santé aux paliers national, provincial et local. Avant de pouvoir entreprendre une planification plus efficace du changement, des décisions sont requises au sujet des responsabilités de chaque palier de gouvernement et des données de meilleure qualité doivent être recueillies. Il faudra aussi réaliser des arbitrages délicats entre les normes et l'uniformisation, et entre la planification et les choix à faire.

Ce qui est peut-être le plus important, les prestateurs de soins, à tous les niveaux, seront plus ouverts à un changement positif s'ils jouissent de la sécurité d'emploi et de conditions de travail adéquates et s'ils sont invités à participer pleinement au processus décisionnel. Il est aussi plus probable qu'ils appuieront le changement si celui-ci est fondé sur une reconnaissance du caractère spécifique des soins de santé.

Pour toutes ces raisons, la planification des soins d'une façon qui reconnaisse le besoin simultané de changement et de stabilité est inévitablement un projet inachevé et complexe.

Introduction

Peu après que la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada nous ait demandé de réfléchir à la question : « Comment les pratiques et les politiques en matière de ressources humaines de la santé contribuent-elles à promouvoir ou à entraver le changement? », l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a publié un rapport intitulé *Les dispensateurs de soins au Canada*. Le Réseau canadien de recherche en politiques publiques a aussi produit un volumineux rapport résumant la documentation et les questions soulevées par la planification des effectifs en médecins et en infirmières autorisées (Koehoorn, Lowe, Rondeau et coll., 2002). Plutôt que de reproduire ce qui se trouve dans ces rapports, nous avons pris pour acquis la masse de renseignements qu'ils renferment, en cherchant à les compléter. Nous mettons l'accent sur l'identification de principes et d'approches en matière de planification du changement, plutôt que sur les détails ou sur la recommandation de solutions particulières. Plusieurs solutions s'offrent à la Commission et au grand public Dans l'étude, nous proposons des façons de les évaluer.

Pour répondre à la question de la Commission, il faut d'abord préciser la nature des changements en cause. Cela signifie qu'il faut identifier la nature des changements en cours et les options qui s'offrent quant aux changements futurs. Les choix relatifs à ces changements supposent nécessairement des choix quant à la nature des soins. Ce n'est que dans le cadre d'un modèle axé spécifiquement sur les soins que l'on peut établir si les initiatives de planification des ressources humaines de la santé sont ou seront couronnées de succès. C'est pourquoi nous centrons notre attention, dans la prochaine partie de l'étude, sur l'examen de deux modèles de soins distincts. L'adoption de l'un ou l'autre modèle façonnera les critères d'évaluation du succès des initiatives de planification et des recommandations plus spécifiques.

Cela ne veut pas dire que les critères d'une planification réussie sont simples ou manifestes. Même si l'on s'entend sur un modèle préféré de soins et, partant, sur l'orientation souhaitable du changement, la planification des ressources humaines de la santé demeure inévitablement une entreprise complexe et inachevée. Les contextes et la dynamique du changement, les tensions entre les divers critères compatibles avec le modèle préféré, ainsi que la complexité même du vaste domaine des soins de santé concourent tous à compliquer les choses. La prestation des soins de santé requiert la contribution d'un large éventail d'intervenants. L'expansion ou la contraction d'un groupe de prestateurs et l'évolution des relations entre ces groupes auront des effets marqués sur la nature des soins disponibles. On peut dire la même chose de la formation des prestateurs parce qu'elle influe sur les compétences et l'optique dans laquelle ils abordent leur travail et parce qu'elle représente un facteur déterminant du nombre de prestateurs disponibles. Un autre élément important de la planification des ressources humaines de la santé est la nature du processus de décision, de réglementation et de contrôle des soins de santé. Cet élément a une incidence significative sur la qualité et la nature des soins et sur la façon dont les prestateurs s'adaptent au changement. Dans les sections subséquentes, nous examinons les ressources humaines actuellement engagées dans la prestation des soins et les relations entre les groupes de prestateurs, la formation axée sur les soins, ainsi que l'obligation de rendre compte et la gouvernance dans ce domaine. La gamme de ces sources d'influence sur la planification des ressources humaines de la santé et les tensions au sein de ces sources et entre celles-ci contribuent au caractère inévitablement complexe et incomplet de cette planification.

Avant de clore cette section, toutefois, il importe de faire mention de la nature des changements en cours. Depuis au moins un siècle, l'histoire des soins de santé au Canada a été marquée par une évolution constante mais, durant la dernière décennie, les réformes dans le domaine des soins de santé ont pris un caractère plus dramatique. Ces réformes revêtent quatre formes évidentes. La première est la restructuration des soins hospitaliers vers les interventions aiguës, de courte durée et tributaires de la technologie. Cette évolution est elle-même liée à la seconde, c'est-à-dire l'évolution significative des soins dispensés dans les établissements de longue durée. Les personnes qui reçoivent des soins de longue durée ont aujourd'hui des besoins médicaux plus complexes, auxquels viennent souvent s'ajouter des problèmes de santé mentale. Alors que les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée mettent aujourd'hui l'accent sur les soins médicaux de pointe, des soins de plus en plus complexes sont dispensés à domicile. Ce troisième aspect de la réforme, comme les autres, a été rendu possible par les progrès de la technologie et des médicaments, ainsi que par l'émergence de notions nouvelles sur la gestion, les responsabilités, les coûts, les faits et la nature des soins. Un quatrième type de réforme reçoit actuellement une attention accrue — les soins primaires et la télésanté. Toutes ces réformes se déroulent dans des contextes international et national en mutation profonde, un aspect sur lequel nous reviendrons plus loin. Ces contextes façonnent plusieurs des options disponibles de même que les conséquences des choix faits parmi ces options. À notre avis, de nombreuses propositions sur la planification des ressources humaines de la santé ne tiennent pas suffisamment compte de ces contextes.

Cela ne signifie pas que les réformes et les contextes actuels dictent étroitement les options de changement pour l'avenir. Des choix doivent être faits quant à la façon de définir et de dispenser les soins les plus appropriés possibles. Nous passons maintenant à un examen de différentes approches en ce qui a trait à la nature des soins et à certaines de leurs conséquences pour la planification des ressources humaines de la santé.

La nature des soins

Notre approche à la planification des ressources humaines de la santé débute par une reconnaissance du caractère spécifique des soins de santé. Dans cette optique, les soins de santé ne sont pas une activité commerciale comme les autres et les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé diffèrent de façons significatives de celles qui œuvrent dans les autres secteurs. Nombre de ces différences peuvent paraître évidentes — elles découlent du bon sens — mais il importe de les identifier parce qu'elles situent le contexte de tout examen du changement et de la planification des ressources.

Ce qui est peut-être le plus évident, les soins de santé concernent la vie humaine. Cela signifie que les risques et les conséquences ne peuvent être évalués exclusivement ou même principalement en termes économiques. Les soins de santé concernent aussi des personnes, chacune ayant ses propres problèmes de santé, spécifiques et complexes, et chacune étant le produit d'un contexte culturel, social et économique particulier. Même s'il importe clairement de rechercher des tendances au niveau de la santé des populations et de recueillir des données sur l'efficacité d'interventions particulières, il est tout aussi important de comprendre que ces tendances ne s'appliquent pas forcément à chaque individu, dans un contexte social donné. De fait, les données sur les soins de santé portent principalement sur ce qui donne des résultats relativement bons, la plupart du temps, pour une proportion significative de gens. Cependant, les décisions au sujet des soins prodigués concernent nécessairement des personnes et celles-ci pourraient ne pas correspondre au profil général. Les besoins en soins de santé et les méthodes permettant d'y répondre ne peuvent jamais être définis avec précision et de façon scientifique. Par conséquent, l'idée de pouvoir déterminer exactement l'intervention requise, par la bonne personne, pour la bonne personne, au bon moment et au bon endroit n'est tout simplement pas pertinente dans le domaine des soins de santé. Il faut l'intervention d'un professionnel qualifié pour faire le lien entre les données relatives à un cas spécifique, et une certaine confiance qu'il réussira à le faire. Quelle que soit la technologie, la médecine dépend de la qualité et de la crédibilité des relations personnelles entre cliniciens et patients et des structures qui les appuient (Mechanic, 2002, p. 466). La même chose s'applique au personnel infirmier et aux autres prestateurs qui dispensent la plupart des soins quotidiens.

En outre, les soins sont un processus interactif dans lequel prestateurs et bénéficiaires sont liés par des mécanismes qui ont forcément une incidence sur ce qui peut être fait et ce qui sera fait, ainsi que sur l'effet de leurs actions. Le meilleur cadre scientifique ne peut prédire avec exactitude comment un individu réagira à un traitement, parce que les soins constituent une relation entre des personnes, chacune intervenant avec ses propres attitudes, son expérience et sa situation. Il ne s'agit pas non plus de déterminer simplement ce qu'un prestateur particulier fera dans un cas donné. La santé tant des patients que des prestateurs est déterminée par tout un éventail de facteurs, dont leur condition psychologique, sociale, physiologique, économique et matérielle, comme c'est le cas de leurs réactions. Et les événements douloureux, notamment le passage de la vie à la mort, engendrent des besoins particuliers sur le plan du soutien et des soins, pour les patients et pour les prestateurs.

Ces caractéristiques distinctives des soins se répercutent sur le travail de prestation des soins. Cela signifie que les prestateurs doivent être sensibles à l'intégralité de la personne et à ses contextes particuliers, tout comme ils doivent connaître les façons différentes et complexes dont les gens réagissent aux soins qu'ils reçoivent. Cela requiert toute une gamme de compétences complémentaires qui sont intégrées soit par les prestateurs individuellement soit par différentes personnes collaborant à la prestation des soins. Ces caractéristiques uniques signifient aussi que de nombreuses personnes impliquées dans la prestation des soins doivent non seulement posséder toute une gamme de compétences, mais aussi disposer de l'autonomie requise pour porter des jugements sur les besoins particuliers de la personne à soigner et les possibilités de collaboration et de consultation. Les données servent de guide plutôt que de règles en la matière. Elles s'ajoutent à l'expérience et aux compétences pour créer l'expertise (Benner, 1984). L'autonomie exige que les prestateurs assument des responsabilités et que l'on ait confiance qu'ils poseront des actes responsables. En outre, la nature des soins signifie que leur prestation met à contribution tout un éventail de compétences et d'endroits. Les prestateurs se considèrent habituellement comme des travailleurs de la santé, peu importe qu'ils fassent une intervention chirurgicale ou qu'ils soient chargés du nettoyage après celle-ci, qu'ils administrent une régie régionale de la santé ou qu'ils prennent des rendez-vous pour des patients en clinique, qu'ils soient bien rémunérés pour dispenser des soins dans un hôpital ou qu'ils ne reçoivent rien en prodiguant des soins à domicile. D'ailleurs, les résultats de la recherche sur les déterminants de la santé corroborent cette interprétation.

Cependant, il serait faux de penser que cette vision des soins de santé est partagée de façon universelle. En fait, de nombreuses réformes entreprises au cours de la dernière décennie ont reposé explicitement ou implicitement sur l'hypothèse que les soins de santé sont une activité commerciale comme les autres et que les personnes employées dans ce système peuvent être gérées comme toutes les autres. Ces réformes ont été adoptées sans que l'on démontre qu'elles convenaient aux prestateurs de soins et, parfois même, en l'absence de données indiquant qu'elles avaient donné de bons résultats dans d'autres secteurs.

Les fusions d'hôpitaux ressemblent aux fusions qui ont eu lieu dans le secteur des entreprises. Au Canada, plus de 30 grands hôpitaux universitaires ont récemment été amalgamés au sein d'organisations gigantesques (Levine, 2000, p. iii) et de nombreux petits hôpitaux communautaires ont été fermés ou transformés. Markham et Lomas (1995) affirment qu'il n'y a pas de preuve empirique démontrant que les grands hôpitaux multi-établissements engendrent des gains sur les plans de l'efficience économique, de la qualité ou des ressources humaines, et des données indiquent que les coûts pourraient augmenter, que la souplesse et la capacité de répondre aux besoins individuels des patients pourraient diminuer et que les relations avec les employés pourraient se détériorer. De même, la réduction des effectifs dans les services de santé emprunte une stratégie appliquée dans d'autres secteurs, même si les études sur la réduction de la taille des entreprises indiquent qu'une majorité d'entre elles n'ont pas vu leur productivité augmenter, qu'un grand nombre ont vu leurs dépenses augmenter, et que tant le moral que la confiance en ont souffert habituellement (Appelbaum, Everard et Hung, 1999). En outre, l'« efficience » pour une organisation équivaut souvent au simple délestage de coûts sur une autre organisation ou sur les particuliers et les ménages où ce sont habituellement les femmes qui doivent assumer le fardeau supplémentaire du travail non rémunéré. Dans les termes de Janet Gross Stein (2001, p. 71), l'efficience est une notion intensément politique.

Entre 1994 et 1996, 85 p. 100 des hôpitaux canadiens ont réduit leurs effectifs dans une proportion de plus de 10 p. 100 (Wagar et Rondeau, 2000, p. iv). La baisse la plus importante est survenue dans les postes de gestion et de direction, mais 14 p. 100 du personnel d'entretien et 12 p. 100 du personnel infirmier a aussi été mis à pied. Une partie de cette réduction traduit l'adoption de technologies nouvelles qui ont rendu possibles la chirurgie de jour et la prestation de soins complexes à domicile, ainsi qu'une évolution philosophique à la faveur de laquelle les soins à domicile sont perçus comme étant non seulement de meilleure qualité, mais aussi en accord avec les préférences du public. Il n'est donc pas étonnant que la réduction des emplois se soit traduite par une baisse de satisfaction des employés et l'aggravation des conflits pour ceux qui sont demeurés en poste (Wagar et Rondeau, 2000, p. iv). Les nouveaux emplois créés dans la collectivité n'ont pas compensé les pertes d'emploi dans le secteur institutionnel (Kazanjian, 2000, p. 6), et peu a été fait dans les établissements de soins de longue durée pour tenir compte de l'évolution des besoins des patients. Dans l'intervalle, le virage vers les soins à domicile et les soins en établissement de longue durée a signifié, dans bien des cas, la transformation des soins en une activité commerciale puisqu'un nombre croissant de ces services sont offerts dans un cadre à but lucratif, par de grandes sociétés.

Des stratégies de ressources humaines ont aussi été importées de l'extérieur du secteur de la santé et elles ont également contribué au mécontentement et aux conflits. Les méthodes de gestion de la qualité totale ont été parmi les plus populaires, en partie parce que l'accent mis sur la participation et le travail d'équipe, l'amélioration des processus et de la satisfaction de la clientèle, la polyvalence et l'innovation semblent bien adapté au secteur des soins de santé (Hassen, 1992). Cependant, dans le contexte des compressions de coûts, de la réduction des effectifs et de la perception des soins de santé comme une activité commerciale semblable à toute autre, ces promesses n'ont pas été remplies (Armstrong, Armstrong, Choinière et coll., 1997; Lam et Reshef, 1999). Au lieu d'un travail d'équipe, on observe souvent une fragmentation de la prestation des soins en une série de tâches exécutées par des prestateurs peu qualifiés, coûtant moins cher, ou par du personnel volontaire, pour la plupart des femmes, qui n'a reçu qu'une brève formation.

Un plus grand contrôle de gestion, exercé notamment par des méthodes de mesure et de séquence de soins, et l'insistance sur la suppression du gaspillage défini comme les lits excédentaires ou le temps non consacré à l'exécution de tâches médicales, ont été des éléments clés de ces réformes. L'exercice du contrôle entre souvent en conflit avec l'exercice traditionnel d'un jugement clinique autonome de la part des professionnels de la santé. Du même coup, le nivellement hiérarchique a tendance à concentrer le contrôle au sommet tout en déléguant les responsabilités, avec moins de ressources, à ceux qui sont chargés de la prestation des soins. Un domaine où le conflit devient évident est celui de l'utilisation des technologies de l'information. Ainsi, la tenue informatisée des dossiers des patients, vantée à l'origine parce qu'elle facilitait le travail du personnel infirmier, améliorait la coordination entre les activités médicales et infirmières et haussait la qualité des soins tout en abaissant les coûts a engendré une surabondance et une uniformisation des renseignements, un accroissement de la charge de travail du personnel administratif, une plus grande rigidité dans l'organisation des tâches et la négation de l'autonomie des spécialistes (Sicotte, Denis et Lehoux, 1998, p. 440-441). Le principal problème est l'incapacité d'harmoniser les technologies à la façon dont les soins infirmiers sont dispensés; en d'autres termes, l'incapacité de reconnaître la nature spécifique du travail de

prestation des soins. Les stratégies de mesure des tâches empruntées au secteur privé posent des problèmes semblables parce qu'elles supposent qu'une tâche particulière prendra le même temps à exécuter quel que soit le patient ou le prestateur.

Les conséquences de ces stratégies ressortent de façon évidente des taux élevés de maladie et de blessures parmi le personnel infirmier et les personnes chargées de les assister. Les travailleurs de la santé ont une probabilité plus de 50 p. 100 supérieure à celle des autres travailleurs de s'absenter du travail pour cause de maladie ou de blessure. Si le taux d'absentéisme des infirmières autorisées correspondait à celui des autres travailleurs, il y aurait près de 5 500 personnes de plus au travail, à temps plein, à chaque année (ICIS, 2002, p. 87), c'est-à-dire presque exactement le nombre de personnes ayant obtenu un diplôme d'infirmière autorisée ou un baccalauréat en sciences infirmières en 1999 (ICIS, 1999, p. 31). On observe des taux élevés d'épuisement, un sentiment d'insécurité professionnelle, notamment parmi le personnel infirmier moins expérimenté, et des tensions entre travail et famille (ICIS, 2002, p. 87). L'emploi à temps partiel et occasionnel y est beaucoup plus répandu que dans d'autres secteurs, de même que le ratio des personnes occupant plus d'un emploi. Ces tendances peuvent être liées aux stratégies de gestion qui ne tiennent pas adéquatement compte de la spécificité des soins de santé. Notant que les pratiques actuelles de gestion ont engendré une insatisfaction professionnelle croissante parmi le personnel infirmier, le Rapport final du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI, 2002) est explicite sur la nécessité de régler d'urgence les problèmes liés à la charge de travail, au temps supplémentaire, à l'absentéisme, à la maladie et aux blessures, au roulement, à la paperasse, à la gestion de première ligne par le personnel infirmier et aux postes d'infirmière chef. Le rapport débouche sur la conclusion qu'il faut non pas « rénover » la profession infirmière, mais plutôt les cadres de travail dans lesquels les infirmières pratiquent leur profession (CCCSI, 2002, p. 25). En d'autres termes, le besoin se situe au niveau des pratiques empruntées aux entreprises qui n'arrivent pas à reconnaître le caractère spécifique du travail de prestation des soins. La même chose est vraie pour le cadre de travail dans lequel évoluent les autres professionnels de la santé.

Évidemment, le Canada n'est pas le seul pays à se trouver dans cette situation. Les stratégies de gestion et les technologies connexes ont une portée universelle, tout comme, de plus en plus, le personnel de gestion. La participation plus grande du secteur à but lucratif au Canada s'est aussi traduite par l'entrée d'un plus grand nombre de sociétés étrangères dans le domaine des soins. Avec la tendance globale vers une définition des soins ressemblant à celle des services offerts par d'autres secteurs, on constate l'apparition de problèmes généralisés dans la conception des milieux de travail (Baumann et O'Brien-Pallas, 2001). Une étude portant sur le personnel infirmier dans cinq pays a mené à la conclusion qu'en tentant d'appliquer des modèles industriels, les gestionnaires d'hôpitaux ont engendré des problèmes au niveau de la conception des tâches qui entraînent la prestation de soins de qualité inégale, des erreurs médicales et des résultats préjudiciables pour les patients, ainsi qu'un plus grand mécontentement parmi le personnel infirmier et des taux élevés d'intention déclarée de quitter cette profession (Aiken, Clarke, Sloane et coll., 2001; voir aussi, entre autres, Burke et Greenglass, 2000). Qui plus est, on ne sait pas clairement dans quelle mesure les accords commerciaux internationaux forceront le Canada à poursuivre dans cette voie. Ce qui est clair, toutefois, c'est qu'ils imposent des limites à la mesure dans laquelle nous pouvons expérimenter, et que les expériences infructueuses seront coûteuses tant du point de vue des dépenses engagées que de la perte de

contrôle qui en résulte sur la politique de soins (Gold, 2002; Sanger, 2001; Pollock et Price, 1999). Il est aussi évident que, pour ceux qui négocient et appliquent les accords commerciaux internationaux, les soins de santé représentent une activité commerciale en croissance rapide. Ce contexte international doit être pris en compte dans l'élaboration des stratégies de réforme des soins de santé et, partant, des ressources humaines du secteur de la santé.

L'acceptation plus ou moins enthousiaste par les gouvernements, au Canada et l'étranger, du modèle des soins perçus comme une activité commerciale favorise la participation accrue d'entreprises à but lucratif dans le financement et la prestation des soins de santé[1]. Mais une distinction doit être faite entre la comparaison des modèles et la description des secteurs public et privé. Dans cette section, nous comparons des modèles au lieu de décrire ces secteurs. Bien que notre préférence pour le modèle des soins perçus comme un secteur d'activité distinct soit évidente, l'argument central élaboré dans cette section est que le choix entre différents modèles a des conséquences pour la nature de la main-d'œuvre requise.

Le modèle des soins perçus comme une activité distincte privilégie l'acquisition des compétences, l'apprentissage continu par la pratique, l'autonomie clinique, la responsabilisation par des jugements fondés sur les faits et un examen par les pairs ou (moins souvent) les citoyens, de même que la collaboration au sein d'équipes regroupant des aptitudes complémentaires. Le modèle des soins envisagés comme toute autre activité commerciale met l'accent sur la division du travail en tâches apprises rapidement, la responsabilisation par des pratiques ancrées dans les faits et le contrôle de gestion, ainsi que le remplacement de prestateurs hautement qualifiés par des prestateurs ayant des compétences limitées et la souplesse dans l'attribution des tâches aux prestateurs. Bien entendu, les deux modèles se recoupent. Ainsi, les deux encouragent la prestation d'une plus grande partie des soins par du personnel infirmier professionnel et des sages-femmes, mais pour des raisons différentes. Le premier modèle appuie ces prestateurs parce qu'il s'intéresse à la personne dans son intégralité et accorde plus d'attention à la promotion de la santé, tandis que le second appuie ces prestateurs parce qu'ils représentent des solutions de remplacement moins coûteuses aux médecins qui, autrement, dispenseraient les soins. Le premier modèle suppose une expansion des compétences; le second, une réduction de celles-ci. Les deux favorisent aussi une prise de décision fondée sur les faits, bien que le premier modèle considère les faits comme un moyen de donner aux prestateurs un plus grand contrôle et d'améliorer les soins qu'ils dispensent, tandis que, dans le second, les faits constituent un moyen de contrôler les prestateurs et de faire en sorte qu'ils dispensent les soins les moins coûteux. Chaque modèle englobe en outre des perspectives concurrentes au sujet des rôles qui devraient incomber à chacun. Ainsi, de nombreux médecins conçoivent les soins primaires dans le cadre d'un modèle médical où les médecins sont assistés par d'autres, tandis que les infirmières autorisées ont tendance à favoriser un modèle davantage axé sur la collaboration où elles jouent un rôle plus important.

Ces descriptions forcément brèves et simplifiées visent à démontrer l'importance des modèles et des contextes dans la structuration des soins. Avant que puisse s'amorcer la planification du changement, les modèles doivent être mieux précisés et des décisions doivent être prises au sujet du modèle qui prévaudra, et à quel degré. Ces décisions sont elles-mêmes liées à celles touchant à la nature des soins qui seront dispensés, à quel endroit et dans quelle structure. La mise en place d'un programme public national de soins à domicile ou de

soins palliatifs, par exemple, exigerait davantage de ressources, et le modèle encadrant le programme déterminerait la proportion de ces soins qui serait assurée par les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées ou d'autres prestateurs rémunérés et non rémunérés, ayant ou non reçu la formation requise pour dispenser ces soins.

Les ressources humaines affectées aux soins

La main-d'œuvre du secteur de la santé est hautement organisée; 62 p. 100 de celle-ci est syndicalisée alors qu'une autre tranche est représentée par des organismes professionnels (Akyeampong, 2001, p. 52). Cette main-d'œuvre est fortement structurée, selon des modèles hiérarchiques complexes, bien que ces structures aient été déstratifiées au cours des dernières années avec la suppression de nombreux postes de gestionnaires intermédiaires et que le travail d'équipe ait toujours été présent dans la prestation des soins. Les médecins décident toujours de ce qui est médicalement nécessaire, mais leur autorité est de plus en plus contestée par les gestionnaires, les patients et les autres prestateurs. Plus de trente professions et métiers sont réglementés en vertu de divers textes de loi provinciaux ou fédéraux (Koehoorn, Lowe, Rondeau et coll., 2002, p. 11), mais elles ne représentent qu'une minorité des effectifs du secteur et aucune réglementation n'existe pour les soins dont la prestation n'est pas rémunérée. En outre, il y a une variation considérable entre les sphères de compétence quant aux droits des prestateurs individuels, des syndicats et des employeurs. On observe aussi une grande diversité dans les règles et les pratiques des différents lieux de travail. Tout aussi important, il y a des écarts significatifs entre ce que les gens font réellement et ce que la réglementation ou les documents de politique disent qu'ils font. Ainsi, les prestateurs de soins à domicile et les employés d'hôpitaux évoluent dans des régimes différents, comme c'est le cas des médecins et des infirmières travaillant dans un même hôpital. Les infirmières en poste dans le Nord du pays exécutent un éventail de tâches beaucoup plus étendu que celles qui travaillent dans le Sud, et les soins dispensés en établissement uniquement par des prestateurs réglementés sont souvent assurés à domicile par des personnes n'ayant que peu ou pas de formation officielle.

Ces structures signifient que les organisations qui représentent les prestateurs de soins doivent participer au changement, et qu'il y a une gamme étendue d'organisations et de règlements à prendre en considération. Bien que ces organisations défendent les intérêts de leurs membres, cela ne veut pas dire nécessairement qu'elles font obstacle au changement ou qu'elles ne tiennent pas compte des besoins des patients. Ainsi, les études portant sur les grèves importantes survenues dans le secteur hospitalier montrent que les employés, à prédominance féminine, étaient préoccupés avant tout par la situation de leurs patients (White, 1990), tandis que les recherches axées sur les médecins indiquent qu'ils étaient beaucoup plus ouverts au changement avant les réformes récentes (Woodward 2000, p. 14). Dès lors, c'est la nature du changement qui est en cause, de même que la rapidité avec laquelle il se produit et la participation des prestateurs aux décisions afférentes au changement.

Le secteur de la santé englobe un large éventail d'emplois. Le personnel infirmier représente 20 p. 100 des travailleurs rémunérés de ce secteur. Avec les médecins, qui demeurent le groupe le plus puissant dans le domaine de la prestation des soins, les infirmières sont le groupe ayant reçu le plus d'attention aux niveaux des politiques et de la recherche. Parmi les autres, il y a les dentistes professionnels, les travailleurs sociaux, les thérapeutes et les technologistes, mais une proportion importante de la main-d'œuvre est représentée par les préposés à l'entretien, à la buanderie et à l'administration, les gens de métier et les assistantes diététiciennes. La Loi canadienne sur la santé reconnaît que toutes les personnes employées dans un hôpital jouent un rôle nécessaire dans la prestation des soins. Plus récemment, toutefois, ces services de soutien ont été comparés à des services hôteliers et certains ont été cédés en sous-traitance, en rejetant

explicitement toute notion de spécificité. Pourtant, les études montrent que la complexité technique des hôpitaux et les responsabilités confiées aux travailleurs de soutien exigent un ensemble différent de compétences et de formation que celui requis dans un hôtel, notamment parce que les soins deviennent de plus en plus complexes (Cohen 2001, p. i). En outre, ce travail est intégré à celui des professionnels et leur permet d'exercer leurs tâches spécialisées. Plus les soins se déplacent hors des hôpitaux, moins ils sont dispensés par des professionnels réglementés et plus il est possible que ces soins soient offerts par une entreprise. Cependant, des études réalisées en Colombie-Britannique indiquent que le travail de soutien a aussi une importance critique pour la santé des personnes qui reçoivent des soins à domicile (Hollander et Tessaro, 2001). La planification des ressources humaines de la santé doit donc tenir compte du soutien à apporter aux travailleurs non seulement au niveau des effectifs, mais aussi sur les plans de la formation et de la réglementation. Cela est notamment pertinent lorsque les soins se déplacent hors du cadre hospitalier et de celui des professions réglementées.

La main-d'œuvre du secteur des soins de santé révèle aussi une répartition marquée selon le sexe. Plus de 1,5 million de personnes font partie de la main-d'œuvre rémunérée du secteur de la santé et des services sociaux et plus de 80 p. 100 de ces personnes sont des femmes (ICIS, 2002, p. 40). Les femmes représentent une proportion équivalente des prestateurs de soins primaires non rémunérés, bien que leur nombre réel soit plus difficile à déterminer. Nous savons que les personnes qui assurent des soins à titre de parent, d'ami ou de bénévole sont en nombre beaucoup plus important que les prestateurs rémunérés, et que les services rémunérés sont complémentaires de ceux qui ne le sont pas, et non le contraire (Armstrong et Kits, 2001). Bien que les femmes soient entrées en nombre croissant dans la population active et dans les emplois du secteur des soins de santé traditionnellement dominés par les hommes, et que certains hommes aient commencé à occuper des emplois majoritairement occupés par des femmes, la profession infirmière et les professions de soutien demeurent l'apanage des femmes, comme c'est le cas des soins à domicile. De fait, le Forum national sur la santé (1997, p. 19) a employé le terme de « conscription » pour décrire l'obligation qu'ont les femmes d'assurer sans rémunération la prestation des soins à domicile aux membres du ménage. Cela signifie que l'on s'attend de plus en plus à ce que les femmes qui assurent des soins contre rémunération interviennent aussi pour prodiguer des soins sans rémunération à domicile.

Même sans enfant handicapé, un parent à la santé fragile ou un conjoint malade à la maison, les femmes ont une probabilité plus élevée que les hommes de vivre un conflit entre le travail rémunéré et la famille. Étant donné que la plupart des hommes gagnent encore davantage que la plupart des femmes, ces dernières ont aussi une probabilité plus grande d'être tributaires du lieu de travail de leur conjoint. Cependant, en raison du fait que leur conjointe occupe un emploi et de l'évolution des valeurs au sujet du rôle des parents, les hommes sont aussi moins disposés à travailler à des heures qui rendent difficile leur vie au foyer. En outre, la société incite les femmes à se sentir responsables des soins et elles font beaucoup d'efforts pour combler les lacunes croissantes du système, de façons qui rendent les conséquences des coupures moins visibles mais qui menacent leur santé. Tout aussi important, on attend d'elles qu'elles prodiguent des soins. Les systèmes de prestation reposent sur cette attente. Parce qu'elles prodiguent la plus grande partie des soins directs, les femmes sont aussi considérées comme responsables des soins par leurs employeurs, les patients et les organismes professionnels. De même, les personnes qui assurent les soins à domicile, sans rémunération ou formation, sont aussi tenues responsables des

soins requis par les membres de leur famille. La présence prépondérante des femmes dans ce type de travail a contribué à masquer de nombreuses compétences intervenant dans les soins et à rendre invisible le travail rémunéré et non rémunéré actuellement accompli par des femmes dans le but de combler les écarts laissés par les réformes du système de soins de santé (Morris, 2001). Ces tendances ont des conséquences profondes sur les plans de la rémunération, de la répartition des effectifs et de la localisation des soins, de même que sur l'ouverture au changement. Les politiques visant à promouvoir le changement doivent tenir compte à la fois des soins rémunérés et non rémunérés, ainsi que de la répartition des effectifs entre les sexes (Armstrong, Amaratunga, Bernier et coll., 2001).

La main-d'œuvre qui assure les soins de santé est par ailleurs vieillissante. En raison du fait que les femmes demeurent dans la population active et des réductions survenues dans l'embauche et la formation, l'âge moyen des personnes travaillant dans le système de santé dépasse sensiblement 40 ans pour la première fois. Cela signifie que de nombreux travailleurs éprouvent de plus en plus de difficulté à travailler dans les conditions actuelles. Un grand nombre approchent de la retraite ou envisagent de prendre une retraite anticipée. Ce qui est tout aussi important, la cadence accrue du travail limite les possibilités qu'ont ces personnes de partager leurs connaissances avec les nouveaux venus sur une base quotidienne. Cela signifie non seulement que la planification doit envisager le remplacement de l'important contingent qui partira bientôt à la retraite, mais des stratégies sont requises dès maintenant pour faire en sorte que les personnes actuellement employées demeurent en poste jusqu'à l'âge de la retraite et transmettent les connaissances qu'elles ont acquises durant leur période d'activité (Schetagne, 2001, p. 20; Kazanjian, 2000, p. 6; CCCSI, 2002, p. 37). Cela signifie aussi que les écarts importants qui existent au sein de chaque groupe professionnel doivent être pris en compte dans la planification. Qui plus est, les coupures effectuées durant la dernière décennie ont creusé un écart entre les groupes d'âge de la population active et l'on retrouve très peu de gens entre les groupes les plus âgés et les plus jeunes.

En outre, les ressources englobent les personnes actuellement sans emploi ou sous-employées dans le secteur des soins. Il y a celles qui ont déjà quitté parce qu'elles ont été mises à pied ou ont trouvé les conditions de travail trop difficiles, et d'autres qui ont vu leur horaire de travail réduit au temps partiel ou qui ne travaillent plus qu'occasionnellement. En outre, il y a les personnes qui ont encore un emploi mais qui n'ont pas la possibilité d'utiliser les connaissances et les compétences qu'elles possèdent. Ces personnes représentent un réservoir de main-d'œuvre qui pourrait être mis à contribution si les conditions changeaient pour leur offrir un emploi sécuritaire à temps plein et si elles bénéficiaient d'un soutien et du temps nécessaires pour dispenser les soins appropriés. Les prestateurs formés à l'étranger représentent un autre bassin de main-d'œuvre auquel nous faisons de plus en plus appel. Cependant, cela signifie que d'autres pays paient pour la formation des travailleurs que nous y recrutons et que ces pays pourraient se retrouver privés des ressources dont ils ont besoin. Enfin, d'autres questions se posent au sujet de la culture des soins acquise à l'étranger et de la réglementation de la pratique professionnelle au Canada.

Enfin, la nature de la main-d'œuvre est liée à la nature des soins requis. Les besoins sur le plan des soins changent. Le changement dont on parle le plus est le vieillissement de la population. Ses conséquences alimentent un débat soutenu. Certains prédisent des effets

catastrophiques, tandis que d'autres soutiennent que les personnes âgées aujourd'hui sont en meilleure santé que leurs ancêtres et que les coûts des soins sont, à bien des égards, engendrés par les soins que nous offrons plus que par la demande de soins qui accompagne inévitablement le vieillissement (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2001). Dans cette dernière optique, les changements qui s'imposent sont liés davantage à la nature des soins requis qu'au montant des ressources qui doivent y être consacrées. Un exemple qui pourrait permettre de réduire les coûts, tout en contribuant à un confort et à une dignité accrus, serait de réaffecter une partie des ressources vers les soins palliatifs. À tout événement, plus de services gériatriques sont requis. La plupart des personnes atteintes d'une incapacité grave vivent aussi plus longtemps, comme c'est le cas des personnes atteintes d'une maladie chronique. Certaines de ces personnes demandent un plus grand contrôle sur les prestateurs de soins et toutes ont besoin de plus de soins. Une plus grande partie de la population a émigré au Canada en provenance d'Asie, d'Europe de l'Est, d'Amérique latine et des Caraïbes et une plus grande partie de la population est d'origine autochtone. Simultanément, les gouvernements offrent moins de mécanismes de soutien social, et il y a moins d'enfants pour soutenir les membres de la famille à un âge avancé, plus de femmes au sein de la population active et moins de conjoint(e)s en raison d'un taux de divorce plus élevé.

Une demande est également engendrée indépendamment de cette évolution démographique. La publicité accrue axée sur les médicaments et les traitements dans les médias de masse traditionnels et sur Internet a contribué à façonner la demande de soins, parfois de façons inappropriées. La conséquence de ce déluge d'information sur les soi-disant risques menaçant la santé est que les gens se sentent beaucoup plus vulnérables (Petrie et Wessely 2002, p. 690). Tous ces éléments influent tant sur la structure de la prestation des soins que sur la nature des soins requis et, partant, sur la nature des changements que les prestateurs doivent envisager.

Pour conclure, une stratégie de ressources humaines efficace dans le domaine de la santé doit passer par la collaboration entre employeurs, syndicats et associations professionnelles; par la reconnaissance de la diversité des cadres de prestation des soins, des soins requis par la population et des professions impliquées dans les soins de santé; par la reconnaissance du rôle vital joué dans le système de soins de santé par les professions non réglementées et les personnes qui prodiguent des soins, sans rémunération, à des parents, des amis et des voisins; par des approches différenciées selon le sexe tenant explicitement compte des demandes concurrentes auxquelles doivent faire face les femmes en particulier; par des initiatives permettant de maintenir en poste les travailleurs plus âgés en les aidant à partager leur expérience avec les nouveaux venus dans le secteur de la santé; par des efforts visant à mieux utiliser les services des personnes sous-employés dans le secteur de la santé, de celles qui ont quitté ce qu'elles considéraient comme un domaine peu attrayant et de celles qui ont acquis des titres de créance à l'étranger que nous pourrions mieux reconnaître; enfin, par une attention constante à l'évolution de la population nécessitant des soins.

L'éducation axée sur les soins

L'historique de l'éducation axée sur les soins est en partie marquée par une spécialisation croissante, l'augmentation du nombre d'années d'études formelles et la formation continue (ICIS, 2002, p. 18-29). Simultanément, toutefois, un nombre croissant de prestateurs de soins sont formés rapidement ou ne possèdent que peu ou pas de formation, notamment une formation en cours d'emploi. Même si la plus grande partie de la formation officielle est dispensée dans des établissements publics, il y a aussi de la formation structurée en milieu de travail. Les méthodes d'enseignement varient non seulement dans le temps et d'une sphère de compétence à l'autre, mais aussi selon les approches en matière de soins. La planification des soins doit tenir compte de tous ces aspects.

Une question fondamentale liée à la planification est de déterminer qui devrait recevoir une formation structurée sur les soins de santé. Même s'il y a consensus sur le fait que la santé dépend de tout un éventail de facteurs, y compris le contexte matériel et social, les soins de santé sont souvent traités comme un déterminant distinct des autres facteurs. Ainsi, les personnes définies comme les professionnels de la santé reçoivent une formation spécialisée, tandis que celles dont la tâche est de veiller à ce que les soins soient dispensés dans un cadre sécuritaire sont rarement obligées de suivre des cours axés sur la santé. Percevoir les fonctions de soutien comme des services hôteliers reflète une telle approche, mais on reconnaît de plus en plus aujourd'hui que ces prestateurs doivent aussi posséder des compétences particulières. À titre d'exemple, des études réalisées à Montréal démontrent l'importance du travail des préposés à l'entretien des hôpitaux dans la prévention des maladies (Messing, 1998), alors que des hôpitaux de Colombie-Britannique préfèrent embaucher du personnel d'entretien ayant complété une formation de trois mois dans un collège communautaire (Cohen, 2001, p. 6). De même, des études sur le personnel administratif sont arrivées à la conclusion que le manque de cohérence et l'absence de normes de formation nuisent à l'efficience et à la qualité des soins, suscitant des recommandations pour des programmes de formation destinés à refermer l'écart de compétences (Hospital Employees Union et coll., 1999, p. 13). Même si une part importante des soins est actuellement assurée à la maison par des parents, des amis et des bénévoles, il y a peu de formation structurée et encore moins de cohérence dans la façon dont on aborde cet écart de compétences. La formation insuffisante, observée aussi dans certains services de soutien rémunérés, traduit à la fois le caractère peu visible de ces tâches et la croyance selon laquelle les femmes, à qui incombe la plus grande partie de ce travail, sont naturellement douées pour donner des soins. Les conséquences sur le plan de la santé tant des personnes qui reçoivent les soins que des prestateurs sont souvent négatives. Du même coup, la notion voulant que les soins de santé constituent une activité commerciale comme les autres signifie que les gestionnaires du secteur de la santé ne sont pas tenus de posséder une formation spécialisée en soins de santé. De fait, certains proviennent directement d'autres secteurs. De l'avis de Henry Mintzberg, peut-être le plus grand spécialiste en gestion au Canada, le culte de la gestion de l'efficience mesurable a eu des conséquences immorales. Il illustre son point de vue en faisant référence aux soins de santé, où nous commençons à réaliser ce que nous avons perdu mais seulement après de nombreuses années. Ils [les gestionnaires qui appliquent une analyse avantages-coûts sans avoir de connaissance réelle des soins de santé] savaient ce qu'ils économisaient instantanément (cité dans Swift, 1999, p. 19).

La nécessité d'envisager la formation de l'ensemble des personnes œuvrant à la prestation des soins est elle-même liée à la formation au travail d'équipe. Il y a une longue tradition de travail en équipe dans le secteur de la santé, notamment parmi le personnel infirmier. Aujourd'hui, les pénuries de personnel infirmier, les efforts de compression des coûts et les nouvelles philosophies de gestion favorisent les stratégies permettant de mieux intégrer les infirmières auxiliaires autorisées, le personnel soignant auxiliaire et d'autres intervenants aux équipes de soins (Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada, 2000). De même, on s'intéresse à nouveau à la promotion d'équipes de soins primaires réunissant des infirmières professionnelles, des sages-femmes, des thérapeutes, des travailleurs sociaux, des pharmaciens et d'autres. Cela pourrait donner lieu à des stratégies de formation du personnel actuel en vue d'un renforcement des compétences et d'une meilleure préparation au travail d'équipe. Ainsi, l'Hospital Employees Union affirme que le soutien du travail infirmier en équipe et une meilleure formation pratique du personnel infirmier contribueront pour beaucoup à réduire ces tensions et à améliorer la qualité des soins hospitaliers (Hospital Employees Union et coll., 1999, p. 3). Des programmes de formation transitoires permettraient aux prestateurs non seulement d'acquérir les compétences appropriées, mais aussi de pouvoir passer d'une catégorie à l'autre sans compromettre les exigences professionnelles. L'accent mis sur le travail d'équipe pourrait aussi comporter une plus grande formation commune et interdisciplinaire dans les programmes d'enseignement de premier niveau, ainsi qu'une meilleure formation sur le tas au sein d'équipes de collaboration.

Il y tout de même le risque que ces stratégies puissent aboutir à une substitution plutôt qu'à une complémentarité en servant à réduire les périodes de formation en institution et en milieu de travail plutôt qu'à reconnaître que tous les prestateurs doivent acquérir un solide bagage de connaissances dans le domaine de la santé. On se préoccupe aussi de la possibilité que de tels cours déplacent en partie la formation axée sur les compétences critiques. En outre, on s'inquiète de la domination éventuelle d'une profession et d'un modèle de soins, les médecins et leur modèle biomédical étant notamment vus avec méfiance par certains. En Ontario, les sages-femmes ont opté pour un programme universitaire distinct en partie parce qu'elles craignaient la domination de la profession médicale. Enfin, les coûts de la formation continue et de l'éducation permanente posent aussi un problème, notamment pour les femmes, dont la plupart n'ont pas le temps ou l'argent requis pour suivre des cours en dehors des heures de travail rémunérées.

L'enseignement commun, les cours interdisciplinaires et la formation au sein d'équipes de collaboration ne sont pas les seules suggestions au niveau du contenu de l'enseignement pour les prestateurs de soins qui les aideraient à mieux s'adapter au changement. Le fameux rapport Flexner sur les soins de santé, publié au début du vingtième siècle, affirmait que des cours en sciences humaines favoriseraient la communication avec les patients et les autres prestateurs. Quelques progrès modestes ont été faits, en dépit des nombreuses autres études qui ont abondé dans le même sens. Les aptitudes à la communication ont reçu une attention accrue et sont devenues de plus en plus importantes au sein d'une population multiculturelle et hautement scolarisée. Internet a aussi accru la nécessité de posséder ces compétences, comme d'ailleurs l'accent mis sur les choix informés (Mechanic, 2002). On a aussi suggéré d'offrir des cours sur la structure du système de soins de santé, notamment à cette époque de changement rapide. Puisque l'on reconnaît aujourd'hui que l'inégalité, la culture, le sexe et les pratiques sexuelles sont des déterminants de la santé, ces sujets méritent aussi une attention. Et le vieillissement de la

population, conjugué au virage vers les soins communautaires et palliatifs, signifie que l'on doit mettre davantage l'accent sur les soins aux personnes âgées et les soins à domicile. Le passage à des stratégies de promotion de la santé, accompagné de pratiques mieux ancrées dans les faits, figure aussi au programme. Ici, le problème est bien entendu le temps limité que l'on peut consacrer à un programme, bien que ce problème puisse être résolu en intégrant tous les éléments dans le matériel didactique. Cette documentation pourrait aussi se retrouver inconfortablement intégrée à un programme d'enseignement privilégiant certaines formes de données (Muzzin, 2001). Une autre solution partielle serait de recourir davantage à des procédures d'évaluation et de reconnaissance de l'apprentissage acquis au préalable.

On pourrait faire une plus large place aux compétences et au contenu dans les programmes d'enseignement en milieu de travail, en insistant sur les besoins particuliers de la population et de l'endroit. L'enseignement en milieu de travail peut aider les prestateurs à se familiariser avec les technologies nouvelles et les besoins nouveaux des patients. En exigeant qu'une certaine part de la masse salariale soit consacrée à la formation, comme on le fait actuellement au Québec, pourrait constituer une incitation en ce sens (Schetagne 2001, p. 20). Les études sur l'enseignement dispensé aux médecins indiquent que l'emplacement des établissements d'enseignement joue aussi un rôle. Les personnes formées en milieu rural ont plus de chance d'aller y travailler. On pourrait dire la même chose des personnes qui acquièrent une bonne partie de leur formation dans le secteur des soins à domicile ou dans des établissements de soins de longue durée.

Le travail d'équipe ne s'apprend pas exclusivement, ou même principalement, en classe. À vrai dire, une bonne partie de ce que les prestateurs ont besoin de savoir est acquis de façon tacite, au contact des autres et hors des structures d'apprentissage formelles. De plus, les changements rapides qui se produisent dans les organisations du secteur de la santé et l'adoption continue de technologies nouvelles signifient que l'apprentissage doit devenir un volet régulier du travail de tous les prestateurs. Certaines professions obligent leurs membres à suivre des cours d'éducation permanente. D'autres envisagent des façons d'évaluer périodiquement les compétences. Des contrats passés entre employeurs et syndicats font formellement place à des programmes d'apprentissage en milieu de travail. Mais il y a peu de cohérence parmi les politiques d'éducation continue dans les professions de la santé et peu de recherche au sujet de leur efficacité. En outre, peu d'attention a été accordée à la formation des personnes qui dispensent des soins de longue durée ou des soins à domicile afin qu'elles puissent répondre aux demandes nouvelles. Enfin, l'évolution vers les soins dispensés dans des ménages isolés signifie que les prestateurs ont peu d'occasion d'apprendre et de partager au contact des autres à moins que des efforts délibérés ne soient faits pour susciter de telles possibilités.

Parallèlement à l'accent mis sur l'éducation permanente, on a observé un intérêt renouvelé envers l'apprentissage tacite et le mentorat. Du même coup, il est devenu de plus en plus difficile pour les prestateurs expérimentés de partager leur savoir ou d'assimiler de nouvelles méthodes de travail. Cela est principalement attribuable au modèle d'organisation axé sur l'augmentation de la productivité à court terme, qui a eu pour effet d'accroître leur charge de travail en ne leur laissant que peu de temps ou d'énergie pour partager ou apprendre. Les travaux de recherche sur les soins infirmiers incitent à recommander une plus grande souplesse en permettant aux employés plus âgés de travailler moins d'heures tout en conservant leur poste permanent.

Cette souplesse à l'égard des employés plus âgés leur permettrait de continuer à travailler, tout en assurant un encadrement approprié des recrues par des infirmières autorisées d'expérience, avec un effet bénéfique sur les conditions de travail et la qualité des soins. Une telle politique passe par une collaboration soutenue entre les employeurs et les syndicats (Kazanjian, 2000, p. 6). De la même façon, un rapport sur les pénuries de compétences a débouché sur la recommandation que les employeurs négocient, dans les conventions collectives, des clauses permettant le passage graduel à la retraite, en prévoyant une période durant laquelle il serait possible de transmettre des connaissances aux travailleurs plus jeunes (Schetagne, 2001, p. 20). Bien entendu, cette approche signifie aussi que l'on accorderait aux jeunes travailleurs plus de temps pour apprendre, ce qui pourrait entrer en conflit avec les modèles « d'entreprise » axés sur des tâches mesurables et la réduction du coût des soins. Cette approche permettrait aussi aux travailleurs âgés d'apprendre auprès des plus jeunes. Bien que l'insistance sur l'apprentissage tacite se situe habituellement au niveau des particuliers, les groupes peuvent aussi apprendre et ils le font dans des contextes organisationnels spécifiques qui influencent la façon dont ils acquièrent des connaissances. En étudiant l'adoption d'une nouvelle technologie de chirurgie cardiaque, un chercheur américain est arrivé à la conclusion qu'il est peut-être même improductif d'inciter les organisations à adopter rapidement des technologies nouvelles qui requièrent des connaissances tacites pour qu'il y ait amélioration et qui soulèvent un besoin d'indépendance parmi les utilisateurs. Il en est ainsi parce qu'il est difficile d'expliquer comment améliorer le travail d'équipe et la coordination (Anonyme, 2002, p. 26). Il faudrait élaborer d'autres solutions, par exemple la participation à des équipes plus expérimentées, afin d'assurer le transfert des connaissances.

Des nouveaux secteurs d'activité, tels que la télésanté, imposent aussi de nouveaux besoins d'apprentissage. À l'heure actuelle, les services téléphoniques de dépannage font appel à du personnel infirmier expérimenté, formé pour assurer d'autres types de soins. Les évaluations ont porté davantage sur la mesure dans laquelle ces services réduisaient le recours aux salles d'urgence et aux cabinets de médecins que sur la nature des compétences requises (Lattimer, Sassi, George et coll., 2000). D'autres modèles de télésanté ont reçu encore moins d'attention dans les évaluations des aptitudes requises ou de l'éventail complet des besoins des patients. À titre d'exemple, il n'y a eu que peu de recherche sur le soutien social dans les situations où des patients sont traités à l'aide de systèmes de télécommunication.

Cela laisse sans réponse la question de savoir comment l'apprentissage est évalué et comment les diplômés sont reconnus. On observe d'importantes variations au pays dans la façon dont les gens passent des études à la pratique et peu de moyens existent pour suivre leur cheminement une fois leurs études complétées. Certains ont préconisé l'uniformisation des critères éducationnels et des normes d'admission à la pratique pour certaines professions, conjuguée à un numéro d'enregistrement unique qui permettrait de suivre le cheminement des professionnels. Cela nécessiterait une coordination beaucoup plus grande entre les diverses sphères de compétence et les organisations qui représentent les prestateurs. Cela supposerait aussi une évaluation des coûts et des avantages. L'uniformisation ne fait pas l'unanimité. Elle pourrait nuire à la diversité apparue en réponse aux différences régionales dans les besoins et pourrait susciter une concurrence entre les régions pour attirer les prestateurs.

On a accordé moins d'attention à l'évaluation et à la reconnaissance du savoir acquis antérieurement. Cette procédure nous permet de mettre à contribution des connaissances et des compétences assimilées grâce à l'expérience, ou dans un pays étranger, tout en profitant de la diversité de ces sources de compétences et connaissances. Les programmes de transition pourraient aider à combler la demande pour toute une gamme d'autres intervenants possédant des aptitudes utiles à la prestation des soins.

Si nous nous orientons davantage vers les soins de longue durée et les soins à domicile, un plus grand recours à des équipes de soins primaires et à la télésanté, à des interventions technologiquement plus complexes, ainsi qu'à un plus grand effort de promotion de la santé, alors les programmes d'enseignement en milieu de travail et à l'extérieur devront offrir un cadre propice à l'amélioration des compétences et des relations requises par ces types de soins sensiblement différents. Étant donné qu'il faudra forcément servir une population plus diversifiée culturellement et économiquement, avec une plus grande différenciation entre les sexes, les programmes d'enseignement devront sensibiliser les prestateurs à cette diversité.

Responsabilité et gouvernance en matière de soins

Les débats au sujet de la responsabilité pour les soins de santé remontent aussi loin dans le temps que le serment d'Hippocrate. Durant la plus grande partie du vingtième siècle, on s'est efforcé de veiller à ce que ceux que l'on définit comme des professionnels possèdent les compétences nécessaires et s'en tiennent à des modes de pratique déterminés par leurs pairs. Les politiques visant à régir la portée des fonctions par l'attribution de permis, l'accréditation et l'enregistrement[2] traduisaient ce que les professions considéraient comme les compétences requises. De fait, la définition même d'une profession était, dans une large mesure, fondée sur la notion d'auto-réglementation et l'existence d'une somme de connaissances ancrées dans la théorie. L'histoire du vingtième siècle est jalonnée de processus qui ont permis à un nombre croissant de métiers d'obtenir le statut de profession, leur assurant à la fois une plus grande reconnaissance et un plus grand contrôle sur leurs tâches (Johnson, 1972). À compter des années 60, la crainte que les professions soient davantage vouées à leurs intérêts propres qu'à la protection des patients, conjuguée à une scolarisation croissante du public, a suscité des appels en faveur d'une plus grande participation des patients aux décisions touchant aux soins et à une plus grande participation des citoyens à la réglementation des professions (Blishen, 1991). En conséquence, des membres du public ont été invités à siéger au sein des organismes de réglementation des professions, les procédures de ces derniers ont été rendues plus transparentes et l'on a reconnu aux patients certains droits (Flood et Epps, 2001, p. 4). Plus récemment, des modèles de réglementation axés sur les tâches ont été adoptés afin de limiter l'attribution de permis aux seules tâches considérées comme présentant un risque de préjudice sérieux. On s'intéresse aussi de plus en plus à la mise à niveau et à l'évaluation formelles des compétences, ainsi qu'aux enquêtes sur la satisfaction des patients.

De nos jours, l'accent est mis sur la pratique ancrée dans les faits, sur la limitation des coûts et sur une plus grande souplesse pour les gestionnaires dans la répartition des tâches. Les technologies de calcul comparatif permettent de rendre visibles [les activités] des particuliers, de calculer la mesure dans laquelle elles s'écartent de la norme de rendement et d'accumuler ces données dans des ordinateurs et des fichiers afin de les comparer (Peter Miller, cité dans Exworthy et Halford, 1999, p. 5). La responsabilité prend souvent sa dimension concrète dans des chiffres, et les stratégies comme celles établissant la rémunération des médecins selon un taux fixe pour chaque patient inscrit à la pratique (capitation et inscription) visent à faire en sorte que les médecins soient tenus financièrement responsables des soins. Beaucoup moins d'attention a été accordée aux professions non réglementées, même si leurs responsabilités et leur rémunération sont habituellement précisées par contrat. Les prestateurs non rémunérés ne sont que rarement assujettis à des mécanismes formels de responsabilisation.

Ainsi, la responsabilité est un terme complexe qui peut prendre des significations passablement différentes. Dans les débats, on se demande à qui les prestateurs devraient rendre des comptes, pour quelles actions et par quel mécanisme? Les prestateurs sont-ils redevables à leurs pairs, à leurs patients, à leurs employeurs, aux citoyens qui les rémunèrent par leurs impôts, aux gouvernements qui décident des politiques, ou à tous ces groupes à la fois? L'obligation de rendre compte porte-t-elle sur les ressources, les pratiques, les opinions, les responsabilités ou les relations avec les collègues? Concerne-t-elle les rapports et l'évaluation périodiques, l'autoréglementation et les plaintes, ou l'enseignement et la mise à niveau périodiques?

On assiste aussi à des débats sur la rigidité des lignes de démarcation qui définissent la portée des fonctions des différents prestateurs.

Il n'y a pas de réponses simples à ces questions, mais plutôt des tensions à équilibrer dans l'élaboration de stratégies qui paveront la voie à des changements positifs.

Premièrement, il y a des tensions entre les gestionnaires/employeurs/gouvernements et les prestateurs au sujet du contrôle et de la nature de leur pratique. Les gestionnaires et l'État favorisent une main-d'œuvre flexible, en cherchant à imiter les pratiques du secteur des entreprises. La polyvalence faciliterait le déploiement des effectifs et l'adoption de nouveaux modèles relatifs à la portée des fonctions, en permettant à un plus grand nombre de prestateurs d'accomplir des tâches actuellement soumises à des restrictions. Une répartition des tâches permettrait le remplacement de certains travailleurs par d'autres, libérant ainsi les plus spécialisés pour certaines tâches particulières, ainsi qu'une formation plus rapide pour les tâches définies comme étant les moins spécialisées. Plus les soins s'éloignent du cadre hospitalier et des professions réglementées, plus on préconise la flexibilité.

À l'encontre de cette position, on retrouve ceux qui appuient la prestation collégiale de services intégrés, fondée sur la reconnaissance de compétences spécialisées et complémentaires, et le besoin d'assurer l'intégralité des soins dont un patient a besoin, ainsi que sur le caractère souhaitable de l'autoréglementation. À titre d'exemple, les organisations d'infirmières affirment que les soins dispensés dans les établissements de longue durée requièrent l'intervention de prestateurs réglementés et une mise à niveau périodique des compétences pour permettre de faire face aux besoins nouveaux et à l'adoption de technologies en constante évolution. Au niveau tant des gouvernements que des groupes de prestateurs, on assiste aussi à des différends sur le degré de spécialisation requis. Ainsi, les infirmières autorisées ont longtemps été divisées sur l'opportunité d'imposer le baccalauréat en sciences infirmières comme norme de formation minimale. Ce débat persistant traduit, en partie, des visions différentes des soins.

Il y a une abondance de données montrant la nécessité de recourir à la réglementation et à des travailleurs hautement qualifiés, notamment pour les soins dispensés par les infirmières autorisées (CCCSI, 2002, p. 24). Les règles d'attribution de permis liées à la portée des fonctions contribuent à protéger les patients et les prestateurs. De fait, on peut présenter un argument en faveur d'une extension de la réglementation aux groupes émergents. Les techniciens en pharmacie constituent ici un exemple (Peartree Solutions, 2001). Pourtant, les variations observées au pays dans la définition de la portée des fonctions et des personnes assujetties à la réglementation, et les variations observées au sein des provinces relativement à qui fait quoi, laissent penser que ces lignes de démarcation ne peuvent être tracées de façon rigide. Il en est de même du chevauchement des secteurs de services visés. Les faits montrent que les infirmières professionnelles et les sages-femmes peuvent accomplir de façon sécuritaire certaines tâches relevant des médecins. Mais il y a eu beaucoup moins d'études sur l'effet de la polyvalence des tâches dans le secteur des soins de santé et sur le recours à d'autres prestateurs. Les techniciens en pharmacie fournissent encore ici un exemple. Le fait que l'utilisation structurée d'une main-d'œuvre adéquatement formée, mais ne détenant pas de permis, puisse être bénéfique aux organisations, aux patients et aux professionnels de la santé soulève peu d'opposition

(Backman, 2000, p. 33). Ce qu'il faut faire c'est d'assurer un équilibre entre la protection des compétences et la souplesse.

Des tensions entre gestionnaires et prestateurs surgissent non seulement au sujet des compétences, mais aussi du contrôle. Les gestionnaires tentent d'exercer un plus grand contrôle sur ce que font les prestateurs aux fins de la planification et de la compression des coûts, mais aussi parce qu'ils voudraient que les prestateurs en général, et les médecins en particulier, assument une plus grande responsabilité pour le contrôle des coûts. La réduction du nombre de lits dans les hôpitaux et les séquences de soins sont des exemples du premier; la capitation et l'inscription à une liste de service sont des exemples du second. Le versement d'un salaire aux médecins représente une solution mitoyenne entre la capitation et la rémunération à l'acte, qui permet de dissocier le contrôle des coûts des actes médicaux posés ou du nombre de patients soignés tout en offrant un meilleur potentiel de choix en fonction des besoins. Du même coup, les prestateurs affirment que seuls leurs pairs sont en mesure d'évaluer les soins qu'ils dispensent, et qu'ils ont besoin d'autonomie pour exercer leur jugement devant les faits de chaque cas. Certains voient l'autonomie comme liée intégralement au mode de paiement. Le personnel de soutien soutient aussi qu'il a besoin de souplesse dans l'organisation de son travail afin de pouvoir décider de la qualité requise dans des cas particuliers. En outre, la confiance est un ingrédient critique et essentiel du système parce que les prestateurs ne peuvent être soumis à une surveillance constante et parce que des règles ne peuvent être élaborées pour chaque cas. Ici aussi, il y a lieu d'arbitrer les tensions plutôt que de choisir une approche au détriment de l'autre. Mais il est clair que lorsque les prestateurs et leurs organisations participent réellement et pleinement à la conception et à la mise en œuvre des changements, il y a moins de risque qu'ils s'y opposent. Ce qui est plus important, ils contribuent à une meilleure prise de décision sur l'opportunité de procéder à des changements, la rapidité avec laquelle on devrait le faire, et dans quel sens (voir, par exemple, Carrier et Tolbert, 1998, notamment aux p. 20-23 et 28).

Deuxièmement, il y a des tensions entre patients et prestateurs. Plusieurs patients, mais non tous, souhaitent influencer les décisions prises en matière de soins et avoir leur mot à dire sur les traitements qu'ils reçoivent, tandis que de nombreux prestateurs souhaitent conserver l'autonomie nécessaire pour orienter les soins à donner aux patients en fonction de leurs connaissances. Les responsables des politiques sont en faveur de la participation des patients et des citoyens afin de promouvoir une utilisation appropriée des services, à un bon ratio coût-efficacité, de réduire la dépendance, d'améliorer la capacité de réponse du système et d'accroître l'acceptation et la compréhension des décisions prises au niveau des politiques (Coulter, 2001). La participation peut être un moyen de faire face à la demande croissante de services. Les sondages auprès des patients, les aides décisionnelles, les jurys de citoyens et les chartes des droits des patients sont autant de moyens qui ont été proposés pour améliorer les soins et imposer aux prestateurs l'obligation de rendre des comptes.

Les critiques affirment que les patients ne sont souvent pas en position de porter un jugement parce qu'ils n'ont pas les connaissances requises, le temps ou l'incitation à le faire, et parce que leur participation peut contribuer à renforcer certains préjugés à l'endroit de certains groupes, comme les homosexuels ou les personnes atteintes d'une maladie mentale (Rosén, 2001). La plupart des évaluations faites par les patients ont un caractère sommatif plutôt que formatif; en d'autres termes, les patients cotent les soins plutôt que de proposer des moyens de les améliorer.

Les données administratives sur le rendement comportent aussi de sérieuses limites, donnant l'impression d'une évaluation de la qualité alors qu'elles ont souvent peu d'utilité pour faire une distinction entre les services (Naylor, 2002). Une étude américaine sur les fiches d'évaluation des hôpitaux a révélé que les cotes accordées permettaient difficilement de départager les processus de soins ou les taux de mortalité de deux hôpitaux (Krumholz, Rathore, George et coll., 2002, p. 1277). Le classement des hôpitaux de la revue *Maclean* est, de la même façon, limité à des paramètres simples qui ne peuvent rendre justice au caractère multidimensionnel des indices d'efficacité des traitements ou des contextes dans lesquels sont dispensés les soins de santé dans le monde réel (Page et Cramer, 2001, p. 297).

Par ailleurs, les patients pourraient avoir un choix plus limité de services, notamment dans les régions rurales, de sorte que les données risquent simplement de susciter de l'anxiété au sujet des soins, tout en incitant à blâmer les prestateurs pour des problèmes imputables au système plutôt qu'aux méthodes employées par un prestateur. En fait, diverses formes de participation pourraient servir principalement à légitimer des décisions de rationnement et à déplacer le blâme. La participation des patients n'a pas d'utilité si le système n'est pas en mesure d'y réagir et, elle s'inscrit trop souvent dans un modèle de soins centré sur le « consommateur » ou le « marché », où la qualité et l'accès sont définis exclusivement en termes de choix individuel et d'achat de soins. Tout aussi important, une stratégie centrée sur les demandes des patients ne tient pas compte des façons dont le secteur privé, à but lucratif, tente de stimuler la demande afin de mousser les ventes. La publicité sur les médicaments d'ordonnance qui cible directement le consommateur est un exemple à cet égard (Mintzes, Barer, Kazanjian et coll., 2002).

Une distinction doit être faite entre la participation individuelle des patients à leur propre formation, diagnostic et traitement, et la participation plus collective des citoyens à la prise de décision en matière de soins de santé. On doit aussi faire la distinction entre consultation et prise de décision, et entre participation régulière et intervention occasionnelle. On a démontré avec succès l'utilité de la participation régulière des citoyens au sein d'organismes de réglementation et de régie, où ils acquièrent des connaissances et de l'expérience tout en faisant valoir leur propre expertise dans le processus. Leur mode de sélection (nomination ou élection) et leur représentativité (eux-mêmes ou un groupe particulier) sont des questions plus litigieuses, tout comme le processus décisionnel. Il en est de même de la consultation des citoyens sur la nature des services qui devraient être offerts, et à qui. Si les citoyens qui siègent aux régies régionales participent aux décisions sur les grandes politiques de services, les prestateurs conservent habituellement le droit de définir ce qui est nécessaire dans un cas donné, y compris de définir ce qui est médicalement nécessaire. De façon similaire, des questions se posent au sujet de l'obligation de rendre compte des professionnels, à titre individuel, et de leur participation en tant que groupe à la prise de décision. En plus de favoriser la satisfaction au travail, la participation à la gestion et à la gouvernance permet au système de profiter de leur expertise et incite les prestateurs à être plus ouverts au changement (Backman, 2000, p. 28). Les critiques nous préviennent toutefois que ces groupes interviennent principalement pour défendre leurs intérêts, et certains craignent que les médecins, notamment, en viennent à dominer le processus. Ce qu'il importe de bien équilibrer ici, c'est non seulement le jugement exercé par les prestateurs et les droits des patients ou des citoyens, mais aussi la responsabilité des concepteurs de politiques de décider et d'assumer la responsabilité de leurs actions, d'une part, et la responsabilité et les droits des patients, de l'autre.

Troisièmement, il y a des tensions parmi les prestateurs. Des médecins ont lutté farouchement contre l'octroi de permis aux sages-femmes, des infirmières autorisées ont lutté contre l'embauche d'infirmières auxiliaires autorisées, et ainsi de suite. Ce faisant, ils protègent non seulement leurs intérêts, mais aussi (dans leur perception) la qualité des soins dispensés dans les conditions actuelles. À titre d'exemple, des études révèlent que la qualité des soins dans les hôpitaux et les établissements de longue durée est directement liée à la proportion d'infirmières autorisées : plus est grande leur part du travail accompli, plus est élevée la qualité des soins (Shamian et Thomson, 1999). De plus, la capacité des infirmières de pratiquer leur profession selon les normes et les valeurs qui lui sont propres est un déterminant clé de leur satisfaction et de leur engagement (Backman, 2000, p. 28). Le morcellement des soins en multiples tâches réduit la capacité d'offrir des soins intégrés en tenant compte de la gamme complète des soins que l'on peut dispenser. L'insécurité d'emploi, conjuguée aux efforts faits pour réduire les soins à une série de tâches simples à maîtriser, et la perte d'autonomie sont donc des facteurs importants dans l'explication de la réticence à redéfinir la portée des fonctions.

Pourtant, il n'est pas nécessaire que l'évolution vers une plus grande souplesse et le travail d'équipe passe par l'abandon de la réglementation sur la portée des fonctions ou qu'elle compromette la qualité de la prestation. Il est possible d'organiser les soins intégrés en élargissant le groupe d'intervenants et en fondant les soins sur leurs compétences combinées et leur collaboration. Cela exige une appréciation des compétences propres aux autres prestateurs et une prédisposition à partager le pouvoir. Une telle stratégie peut garantir la qualité tout en permettant à un éventail plus étendu de prestateurs de participer et de partager à la fois le savoir et la responsabilité. Travailler en équipe rend aussi le travail quotidien plus visible, ce qui favorise la responsabilisation des prestateurs envers ceux qui sont informés sur la qualité des soins. Cependant, ce genre de stratégie requiert la sécurité d'emploi et de revenu, ainsi que la reconnaissance des besoins de formation et de l'importance des compétences. Enfin, le travail d'équipe ne peut constituer la seule solution parce qu'il est difficile d'organiser des équipes et parce que cette formule ne convient pas dans certains domaines.

Pour transformer l'obligation de rendre compte en changement, il faut reconnaître qu'elle va bien au-delà de la dimension financière, et que cette dimension supposent des valeurs. La qualité des soins entre aussi en ligne de compte, tant à court terme qu'à long terme, tout comme la confiance à l'égard des prestateurs et du système. Il est difficile d'ancrer l'obligation de rendre compte pour les soins dans un modèle de marché où prédominent la concurrence et le choix. Dans un tel modèle, trop d'aspects ont un horizon limité et sont confidentiels, et trop peu d'éléments sont sûrs et continus. Si les soins doivent être intégrés, il y aura trop peu d'organisations disponibles pour faire des choix entre des concurrents véritables. Aussi, les enjeux sont beaucoup trop élevés et les moyens d'évaluation beaucoup trop restreints pour que l'obligation de rendre compte repose sur la concurrence, même s'il y a suffisamment de prestateurs pour engendrer une rivalité. Toute stratégie de responsabilisation engendre des tensions qui doivent être prises en compte, et cette prise en compte signifie une collaboration continue entre la gamme complète des organisations représentant les prestateurs, les employeurs, les patients et les gouvernements. Enfin, les prestateurs ont plus de chance de manifester de l'ouverture face à de nouveaux mécanismes de responsabilisation si leur emploi est garanti.

Complexité de la planification des soins

Les facteurs sociaux, économiques, politiques et démographiques définissent les contextes dans lesquels se manifestent les besoins et la demande de soins de santé. Il en est de même des hypothèses sur la nature des soins et la façon dont ils devraient être dispensés parce qu'elles influent sur le genre de prestateurs requis.

Si la préférence se porte vers le caractère spécifique des soins, les équipes de collaborateurs fondées sur la reconnaissance de compétences complémentaires auront alors la faveur, bien que de multiples modèles seront envisagés pour répondre aux besoins sensiblement différents de diverses populations et à la variété des modèles de pratique. Cela signifie qu'il faudra continuer à privilégier les compétences spécialisées et la portée des fonctions, tout en permettant l'exercice d'un plus grand nombre de professions comme les sages-femmes et les travailleurs paramédicaux, et plus de chevauchements dans les pratiques. Les professions naissantes, comme celles d'aide-pharmacien, et les nouveaux champs d'activité, tels la télésanté, exigeraient une réglementation et une formation spécifiques. Les personnes qui travaillent dans des établissements de soins de longue durée ou qui dispensent des soins à domicile participeraient à des programmes de recyclage afin de pouvoir répondre aux demandes nouvelles et l'on appuierait les programmes de formation transitoires. Une attention particulière serait accordée à la formation du personnel de soutien et des prestateurs non rémunérés. Cela signifierait aussi le retour de certains gestionnaires intermédiaires possédant une formation dans le domaine qu'ils dirigent, en réduisant l'accent mis sur les soins médicaux dans certains domaines. Tout aussi important, les prestateurs et les organisations qui les représentent participeraient à la prise de décision au sujet des changements envisagés et joueraient un rôle important dans l'élaboration des mécanismes de reddition de compte.

Si l'accent est mis sur les pratiques d'affaires et les coûts, les équipes fondées sur une vision beaucoup plus souple de la portée des fonctions et une formation limitée axée sur des tâches spécifiques deviendraient la norme, tant dans les établissements qu'à l'extérieur. L'obligation de rendre compte s'orienterait vers la collecte de données, les facteurs financiers et le contrôle de gestion. La formation des gestionnaires privilégierait les aptitudes commerciales et non les aptitudes spécifiques aux soins de santé. La participation des patients serait encouragée, ainsi que la mesure des résultats par le public comme moyen de promouvoir la concurrence et l'efficacité. Les contrats deviendraient la norme pour ce qui est de définir les soins, plutôt que de continuer à reposer sur la portée des fonctions et l'autoréglementation des professions.

En plus de faire des hypothèses sur les soins, il faut aussi décider du rôle que joueront les divers paliers de gouvernement aux chapitres de la planification, de l'éducation, de l'obligation de rendre compte et de l'emploi. Le gouvernement fédéral exerce actuellement une influence sur la planification des ressources humaines de la santé sur le plan de la collecte des données, du soutien de la recherche et de l'enseignement, des principes régissant le financement de la prestation publique de la plupart des soins de santé, la prestation de soins de santé aux autochtones, les mesures de protection de la santé et les politiques d'immigration. Les accords internationaux conclus par le gouvernement fédéral ainsi que d'autres sources de pression, comme les préoccupations en matière de sécurité depuis le 11 septembre 2001, ont imposé certaines restrictions au droit du gouvernement de décider qui peut entrer au pays et en sortir.

ainsi qu'à la nature des services offerts au pays. D'autres initiatives fédérales, par exemple le soutien à la réforme des soins primaires, ont aussi une influence sur les ressources. Mais ces différents aspects de la participation fédérale sont mal coordonnés et il y a peu de planification systématique des ressources à ce niveau.

Même si les provinces et les territoires sont plus directement impliqués dans la planification des ressources humaines, ils manquent aussi de mécanismes de planification systématiques et coordonnés. De fait, les gouvernements actuels de l'Ontario et de la Colombie-Britannique ont démantelé leur organisme d'adaptation de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. En outre, les réformes ont affaibli le contrôle exercé par les provinces dans certains domaines, comme d'ailleurs les réductions fédérales dans les fonds accordés et les changements apportés aux mécanismes de financement. Étant donné que presque tous les gouvernements ont décentralisé la prestation des soins de santé à la faveur d'un effort de régionalisation, ou qu'ils ont adopté des mesures de délégation semblables, à tout le moins pour la prestation des soins autres que médicaux, ils n'ont plus à leur disposition autant de leviers de politique pouvant être appliqués directement au règlement des questions d'emploi et/ou de déploiement des effectifs (Kazanjian, 2000, p. 10). La tendance à ménager une plus grande place aux établissements d'enseignement et aux services de santé privés limite aussi la portée de la planification gouvernementale, comme c'est le cas du droit continu des professions réglementées de contrôler les critères d'admission aux programmes d'enseignement, l'absence de réglementation des autres prestateurs de soins de santé et les accords commerciaux internationaux.

À l'heure actuelle, il n'existe au pays qu'un ensemble limité de données communes sur les prestateurs et des renseignements centralisés encore plus restreints sur l'enseignement, les aptitudes et les critères d'admission à la pratique. Divers rapports ont proposé que la planification débute par une collecte systématique de ces renseignements et l'adoption d'un mécanisme de suivi du cheminement des prestateurs individuels (par exemple Backman, 2000; Kazanjian, 2000; CCCSI, 2002). Avec de telles données, on serait mieux en mesure de comprendre les ressources actuelles, leur répartition et la composition des compétences. Ces rapports ont aussi recommandé la mise sur pied d'une organisation nationale pour identifier des stratégies et des méthodes permettant de mieux appuyer la planification des ressources humaines (Backman, 2000, p. 81). Cela pourrait comprendre l'appui à une plus grande uniformisation entre gouvernements aux chapitres de l'enseignement et de l'admission à la pratique. L'Accord sur le commerce interne (ACI) de 1995 laissait entrevoir la promesse d'une plus grande liberté de mouvement pour les membres des professions réglementées ainsi qu'une évolution vers des normes plus uniformes pour l'entrée et la pratique. D'autres professions de la santé ne sont pas visées par ce projet. Cependant, les provinces et les territoires souhaitent conserver un certain contrôle, comme d'ailleurs les organismes prestateurs, non seulement pour protéger leurs intérêts mais aussi afin de pouvoir tenir compte des ressources et des besoins locaux. En outre, si les normes sont les mêmes et que le mouvement est facilité, chaque sphère de compétence sera en concurrence avec les autres pour attirer la main-d'œuvre. Mais, du même coup, la présence prédominante des femmes au sein de ces effectifs pourrait contribuer à réduire la mobilité des prestateurs.

Essentiellement, l'offre de prestateurs provient de trois sources. L'une est le bassin de main-d'œuvre actuel, qui comprend tant les personnes employées, à temps plein ou à temps partiel, que celles qui sont sans emploi ou qui possèdent une formation en soins de santé mais qui travaillent dans un autre domaine. Y a-t-il une pénurie de prestateurs qualifiés ou une pénurie de bons emplois pour les prestateurs qualifiés? Les taux élevés de blessure, conjugués au grand nombre de personnes qui ne sont pas employées à temps plein dans leur profession laissent penser que la seconde explication est la bonne. Les travaux de recherche menés aux États-Unis montrent que la satisfaction professionnelle des médecins et leur disposition à exercer diminuent parallèlement au contrôle qu'ils exercent (Williams, Conrad, Scheckler et coll., 2001). Les mêmes relations se vérifient presque certainement au Canada. Il est utile de rappeler qu'une vaste enquête auprès des infirmières travaillant en milieu hospitalier dans plusieurs pays, dont le Canada, a établi un lien entre les niveaux élevés d'insatisfaction au travail et la pénurie actuelle (Aiken, Clarke, Sloane et coll., 2001). Des conditions de travail et d'apprentissage appropriées, ainsi que la sécurité d'emploi et la confiance, sont des ingrédients essentiels si l'on veut convaincre des prestateurs de revenir travailler dans le secteur des soins de santé.

Les recrues constituent une autre source de main-d'œuvre. Il ne semble pas manquer de candidats aux programmes d'enseignement, bien que la hausse rapide des frais de scolarité semble modifier la composition des personnes qui s'inscrivent à ces programmes et le genre de travail qu'elles souhaitent obtenir une fois leurs études complétées. Cela est notamment vrai pour les étudiants en médecine, qui proviennent de plus en plus de ménages ayant un statut socioéconomique élevé (Kwong, Dhalla, Streiner et coll., 2002). Les étudiants inscrits dans les écoles de médecine de l'Ontario, où les frais de scolarité ont récemment augmenté si rapidement qu'ils sont devenus les plus élevés au pays, s'attendent aussi à être plus endettés au terme de leurs études – 80 000 dollars pour les étudiants entrés en 2000 contre 57 000 dollars pour ceux entrés en 1997 (Dhalla, Kwong, Streiner et coll., 2002, tableau 3). Dans l'intervalle, lors d'un exercice de sélection initiale, les diplômés se sont tournés massivement vers les postes d'internes en chirurgie, laissant vacantes 109 ouvertures dans le domaine moins lucratif de la médecine familiale (Sullivan, 2002). Mais il semble y avoir pénurie de candidats prêts à travailler dans les domaines où l'on a actuellement besoin de recrues, ainsi qu'une pénurie de bons emplois. La sécurité d'emploi favoriserait certes le maintien en poste dans ces domaines. De meilleures possibilités de formation parrainées par l'employeur aurait le même effet. Des études sur les médecins ontariens montrent que les solutions de marché ont peu de chance de résoudre le problème de localisation (Blomqvist et Tissaaratchy, 2002). La proportion élevée de femmes et l'évolution des attitudes des hommes envers le travail et les responsabilités familiales signifient qu'il faudra tenir compte davantage des besoins familiaux au niveau des organisations.

La troisième source de main-d'œuvre est constituée des prestateurs formés à l'étranger. Celle-ci soulève certaines questions fondamentales au sujet des compétences appropriées et de l'opportunité de compter sur les ressources provenant d'autres pays. Il n'y a eu que peu d'examens systématiques de cette source de main-d'œuvre, et il est difficile de proposer des stratégies autres que d'étudier ses conséquences et les options qui s'offrent. Pour le Canada, l'un des avantages liés à l'embauche de prestateurs formés à l'étranger est qu'ils peuvent posséder certaines compétences linguistiques et une familiarité culturelle utiles pour desservir certains segments de sa population diversifiée.

La demande est liée non seulement à une plus grande scolarisation de la population et à l'accès à Internet, mais aussi à la publicité qui vise à accroître la demande, notamment pour les médicaments d'ordonnance. La proportion croissante de personnes âgées, de personnes atteintes d'une invalidité ou d'une maladie chronique et de celles qui ne peuvent s'exprimer ni en français ni en anglais influe également sur la demande, comme l'évolution vers les établissements de soins de longue durée et les soins à domicile. Cela signifie un changement de priorités dans les programmes d'enseignement et une plus grande intégration de l'éducation aux activités professionnelles.

Pour résumer, les gouvernements fédéral et provinciaux ont joué des rôles importants en façonnant tant l'offre que la demande. Cependant, ces rôles sont en déclin sous l'effet des accords commerciaux internationaux, de la régionalisation, de la baisse et de l'instabilité du financement, ainsi que des efforts de privatisation. Peu de moyens existent pour suivre l'évolution des ressources humaines en santé aux niveaux national, provincial ou local. Avant de pouvoir entreprendre une planification plus efficace du changement, des décisions doivent être prises au sujet de la contribution que doit faire chaque niveau et il importe de recueillir de meilleures données. Enfin, un équilibre délicat doit être atteint entre les normes et l'uniformisation et entre la planification et les choix.

Conclusion

Toute une série de propositions touchant à la planification des ressources humaines de la santé ont déjà été élaborées. D'autres encore sont en préparation en vue d'être présentées à la Commission. Le défi est de trouver une façon de les évaluer plutôt que de simplement les accumuler. Le présent document vise à articuler le genre de questions que l'on devrait se poser au sujet de ces travaux. Ces questions sont élaborées plus en détail dans le document, mais on peut les résumer ainsi :

1. Quel modèle de soins de santé guide l'analyse et les recommandations? Les soins de santé sont-ils perçus comme une activité commerciale semblable aux autres, ou comme une activité distincte, avec des valeurs, des effectifs, des relations, une organisation du travail, des structures décisionnelles et des demandes spécifiques?

2. Comment les contextes international, national, régional, local et institutionnel sont-ils pris en considération?

3. Quelles composantes sociales, économiques, culturelles et démographiques sont intégrées à l'interprétation de l'évolution de la demande de soins et comment les stratégies proposées harmonisent-elles ou répondent-elles à ces demandes?

4. Prend-on en considération l'éventail complet des prestateurs rémunérés et non rémunérés, leurs structures de travail actuelles sont-elles reconnues, et les relations entre les prestateurs de même que leurs caractéristiques respectives sont-elles prises en compte?

5. Quelle est la vision de l'éducation et comment cette vision intègre-t-elle l'apprentissage formel et informel pour tout l'éventail des prestateurs rémunérés et non rémunérés? Le partage des connaissances est-il perçu comme un élément clé de la pratique quotidienne et l'éducation continue fait-elle partie intégrante de la culture du milieu de travail?

6. Comment l'obligation de rendre compte est-elle définie et jusqu'où cette définition va-t-elle au-delà des aspects financiers, de la portée des fonctions et de la réglementation sur l'accréditation pour certains prestateurs? Qui est redevable à qui, de quoi, par quels mécanismes, pour quelle période et sur la base de quelles données? Les tensions entre les gestionnaires/gouvernements et les prestateurs, entre les patients et les prestateurs et entre les prestateurs eux-mêmes sont-elles prises en considération? La sécurité d'emploi est-elle envisagée parallèlement à la flexibilité? Quelle influence les prestateurs ont-ils sur le contenu et la dimension temporelle des décisions qui les concernent?

7. La planification des soins tient-elle compte des tensions, de la diversité des approches et de la complexité inhérente aux soins de santé, ainsi que du besoin d'arbitrer des sources de pression conflictuelles de façon différente, à différents endroits et à des moments différents? Reconnaît-elle et rend-elle explicites les rôles joués par les divers paliers de gouvernement, dans l'optique tant des prestateurs que des citoyens?

La planification des soins de santé demeurera toujours un projet complexe et inachevé. Le présent document vise à éclairer en partie sa complexité et certaines des questions fondamentales et des approches liées à la planification de ce qui restera toujours un ouvrage à compléter.

Notes

1. Ailleurs (par exemple dans Armstrong, Armstrong et Connelly, 1997), nous avons utilisé le terme « privatisation » pour décrire non seulement l'émergence du financement et de la prestation de sources privées, mais aussi le transfert d'une partie des tâches vers le secteur des ménages privés et l'adoption dans le secteur public de pratiques empruntées au secteur privé. Cette dernière forme de privatisation, qui est conforme au modèle des soins perçus comme une activité semblable à toute autre activité commerciale, est souvent désignée par l'expression « réinventer le gouvernement » (voir, par exemple, Osborne et Gaebler, 1993; Treblicock, 1994), ou l'expression « nouvelle gestion publique » (voir, par exemple, Aucoin, 1995; Shields et Evans, 1998).
2. Seules les personnes qui possèdent le permis pertinent peuvent exécuter une tâche donnée, par exemple prescrire un médicament. Seules les personnes accréditées peuvent porter un titre professionnel donné, par exemple celui de physiothérapeute. Un organisme gouvernemental ou une association professionnelle peut enregistrer des membres, avec ou sans régime de permis ou d'accréditation. L'enregistrement peut être volontaire ou obligatoire pour les personnes appartenant à un groupe professionnel (ICIS, 2002, p. 24).

Bibliographie

Aiken, Linda H. et coll. « Nurses Report on Hospital Care in Five Countries », *Health Affairs*, vol. 20, n° 3, 2001, p. 43-53.

Akyeampong, Ernest B. « Fact-sheet on Unionization », *Perspectives on Labour and Income*, vol. 13, n° 3, 2001, p. 46-54.

Anonyme. « Learning How and Learning That: Different Patterns of Performance Improvement for Tacit and Explicit Knowledge. Disponible sur le site <http://kuuc.chair.ulaval/english/master.php?url=bulletin.php> (26 mars 2002).

Appelbaum, Steven H., Andrea Everard et Loretta T.S. Hung. « Strategic Downsizing: Critical Success Factors », *Management Decision* , vol. 37, n° 7, 1999, p. 535-552.

Armstrong, Hugh, Pat Armstrong et M. Patricia Connelly. « The Many Forms of Privatization », *Studies in Political Economy*, vol. 53, été 1997, p. 3-9.

Armstrong, Pat et coll., (éd.) *Exposing Privatization: Women and Health Reform in Canada*, Aurora, Garamond, 2001.

Armstrong, Pat et coll. *Medical Alert: New Work Organizations in Health Care*, Toronto, Garamond, 1997.

Armstrong, Pat, et Olga Kits. « One Hundred Years of Caregiving in Canada », Ottawa, Commission du droit du Canada, 2001.

Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada. *Primary Health Care: What is it and where do Licensed Practical Nurses (LPNs) Fit?*, Ottawa, AIIAC, 2000.

Aucoin, Peter. *The New Public Management: Canada in Comparative Perspective*, Montréal, Institut de recherche en politiques publiques, 1995.

Backman, Allen. « Job Satisfaction, Retention, Recruitment and Skill Mix for a Sustainable Health Care System ». Rapport au sous-ministre de la Santé de la Saskatchewan, 2000.

Baumann, Andrea, et Linda O'Brien-Pallas. « The Status of the Nursing Workforce in Ontario: The Numbers and the Worklife Issues in November 2001 ». Rapport présenté à l'Ontario Nurses' Association, 2001.

Benner, Patricia. *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, Menlo Park (CA), Addison-Wesley, 1984.

Blishen, Bernard. *Doctors in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1991.

Blomqvist, Åke, et Piyanjali Tissaaratchy. « Patterns of Physician Service Utilization and Supply: Recent Evidence from Ontario », en cours de révision, 2002.

Burke, Ronald J., et Esther R. Greenglass. « Effects of Hospital Restructuring on Full Time and Part Time Nursing Staff in Ontario », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 37, 2000, p. 163-171.

Carrier, Betsy, et Jennifer Tolbert. *The Health Care Workforce at Safety Net Hospitals and Health Systems: Future Directions and Strategies for Change*, Washington, National Association of Public Hospitals and Health Systems, 1998.

CCCSI [Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers]. *Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*, Ottawa, Santé Canada, pour le Comité consultatif des ressources humaines en santé, Conférence des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, 2002.

Cohen, Marjorie Griffin. *Do Comparisons Between Hospital Support Workers and Hospitality Workers Make Sense?* Rapport produit pour l'Hospital Employees Union [SCFP], 2001.

Coulter, Angela. « Citizens and Patients as Partners in Health Services—An Overview of Various Methodologies to Include Citizens and Patients in Decision Making », dans *European Health Forum Gastein 2000: Information and Communication in Health*, tenu à Bad Hofgastein, Autriche, Gunther Leiner, 2001, p. 155-162. Disponible sur le site <www.efhg.org>.

Dhalla, Irfan et coll. « Characteristics of First-year Students in Canadian Medical Schools », *JAMC*, vol. 166, n° 8, 2002, p. 1029-1035.

Exworthy, Mark, et Susan Halford. « Professionals and Managers in a Changing Public Sector: Conflict, Compromise and Collaboration? », dans *Professions and the New Managerialism in the Public Sector*, publié sous la direction de Mark Exworthy et Susan Halford, Buckingham (R.-U.), Open University Press, 1999, p. 1-17.

Flood, Colleen, et Tracey Epps. « Can a Patients' Bill of Rights Address Concerns About Waiting Lists? ». Ébauche de document de travail, Groupe sur le droit de la santé, Faculté de Droit, Université de Toronto, 2001.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. « Myth: The Aging Population Will Overwhelm the Healthcare System », *Liens*, vol. 4, n° 4, 2001. Disponible sur le site <www.chsrf.ca>.

Forum national sur la santé. Rapport de synthèse du Groupe de travail sur les valeurs, dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. Volume II : Rapports de synthèse et documents de référence*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, 1997.

Gold, E. Richard. « Health Care Reform and International Trade », dans *Health Care Reform and the Law in Canada*, publié sous la direction de Timothy A. Caulfield et Barbara von Tigerstrom, Edmonton, University of Alberta Press, 2002, p. 223-244.

Gottlieb, Laurie N. 2000. « Editorial: Shortage of Nurses, Shortage of Nursing ». *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 32, n° 3, 2000, p. 3-5.

Hassen, Philip. *Rx for Hospitals: New Hope for Medicare in the Nineties*, Toronto, Stoddart, 1993.

Hollander, Marcus, et Angela Tessaro. « Evaluation of the Maintenance and Preventive Model of Home Care ». Rapport final, Victoria, Hollander Analytical Services, 2001.

Hospital Employees Union. « Briefing Note on Health Human Resources Research and Planning: Focus on Practical Nursing », Burnaby, Hospital Employees Union, 1999.

_____. « Vancouver/Richmond Health Board, and Healthcare Labour Adjustment Agency ». Rapport sommaire de la recherche sur le personnel spécialisé en technologie de l'information, 1999.

ICIS [Institut canadien d'information sur la santé]. *Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 1999*, Ottawa, ICIS, 1999.

_____. *Les dispensateurs de soins au Canada*, Ottawa, ICIS, 2002.

Johnson, Terrence J. *Professions and Power*, Londres, Macmillan, 1972.

Kazanjian, Arminée. *Nursing Workforce Study, Volume V: Changes in the Nursing Workforce and Policy Implications*, Vancouver, Health Human Resources Unit, Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique, 2000.

Koehoorn, Mieke et coll. *Creating High-Quality Health Care Workplaces*, Document de discussion n° W-14, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, 2002.

Krumholtz, Harlan M. et coll. « Evaluation of a Consumer-Oriented Internet Health Care Report Card », *JAMA*, vol. 287, n° 10, 2002, p. 1277-1287.

Kwong, Jeff C. et coll. « Effects of Rising Tuition Fees on Medical School Class Composition », *JAMC*, vol. 166, n° 8, 2002, p. 1023-1028.

Lam, Helen, et Yonatan Reshef. « Are Quality Improvement and Downsizing Compatible? », *Relations industrielles/Industrial Relations*, vol. 54, n° 4, 1999, p. 727-744.

Lattimer, Val et coll. « Cost Analysis of Nurse Telephone Consultation in Out-of-Hours Primary Care: Evidence from a Randomised Controlled Trial », *BMJ*, vol. 320, 15 avril 2000, p. 1053-1057.

Levine, David. Lettre parue dans *The Merger Decade: What Have We Learned from Canadian Health Care Mergers in the 1990s?* Rapport de la Conférence sur les fusions dans le secteur des soins de santé au Canada, organisée par l'Hôpital d'Ottawa et l'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2000.

Markham, B., et Jonathan Lomas. « A Review of the Multi-Hospital Arrangements Literature: Benefits, Disadvantages and Lessons for Implementation », *Health Care Management Forum*, vol. 8, n° 3, 1995, p. 24-35.

Mechanic, David. 2002. « Socio-cultural Implications of Changing Organizational Technologies in the Provision of Care », *Social Science and Medicine*, vol. 54, 2002, p. 459-467.

Messing, Karen. « Hospital Trash: Cleaners Speak of Their Role in Disease Prevention », *Medical Anthropology Quarterly* , vol. 12, n° 2, 1998, p. 168-187.

Mintzes, B. *An Assessment of the Health System Impacts of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Medicines (DTCA). Volume I: Executive Summary*, Vancouver, Health Policy Research Unit, Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique, 2002.

Morris, Marika. « Gender-Sensitive Home and Community Care and Caregiving Research: A Synthesis Paper ». Rapport final au Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada, 2001.

Naylor, C. David. « Editorial: Public Profiling of Clinical Performance », *JAMA*, vol. 287, n° 10, 2002, p. 1323-1325.

Osborne, David, et Ted Gaebler. *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*, New York, Penguin, 1993.

Page, Stewart, et Ken Cramer. « Maclean's Rankings of Health Care Indices in Canadian Communities, 2000: Comparisons and Statistical Contrivance », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 92, n° 4, 2001, p. 295-298.

Peartree Solutions. « A Statistical Analysis of Human Resource Issues in the Pharmacy Profession in Canada: Detailed Report », Ottawa, Association des pharmaciens du Canada pour Développement des ressources humaines Canada, 2001.

Petrie, Keith J., et Simon Wessely. « Editorial: Modern Worries, New Technology, and Medicine », *BMJ*, vol. 324, 23 mars 2002, p. 690-691.

Pollock, Allyson M., et David Price. « Rewriting the Regulations: How the World Trade Organization Could Accelerate Privatisation in Health-care Systems », *The Lancet*, vol. 356, 9 décembre 2001, p. 1995-2000.

Rosén, Per. « Citizens and Patients as Partners in Health Services — Is It Necessary to Include Patients and Citizens in the Discussion on Priority Setting? », dans *European Health Forum Gastein 2000: Information and Communication in Health*, tenue à Bad Hofgastein (Autriche), Gunther Leiner, 2001, p. 162-165. Disponible sur le site <www.ehfg.org>.

Sanger, Matthew. *Reckless Abandon: Canada, the GATS and the Future of Health Care*, Ottawa, Centre canadien de politiques alternatives, 2001.

Schetagne, Sylvain. *Building Bridges across Generations in the Workplace: A Response to Aging of the Workforce*, Vancouver, Columbia Foundation, 2001.

Shamian, Judith, et Donna Thomson. *The Effectiveness and Efficiency of Nursing Care: Cost and Quality*, Ottawa, Canadian Federation of Nurses' Unions, 1999.

Shields, John, et B. Mitchell Evans. *Shrinking the State: Globalization and Public Administration « Reform »*, Halifax, Fernwood, 1998.

Sicotte, Claude et coll. « The Computer-Based Patient Record: A Strategic Issue in Process Innovation », *Journal of Medical Systems*, vol. 22, n° 6, 1998, p. 431-443.

Stein, Janet Gross. *The Cult of Efficiency*, Toronto, Anansi, 2001.

Sullivan, Patrick. « Medical Students Grab Surgery Slots, Ignore FP Posts », *JAMC*, vol. 166, n° 8, 2002, p. 1077.

Swift, Jamie. 1999. « Saving the Corporate Soul », *Canadian Forum*, vol. 78, juin 1999, p. 16-21.

Treblicock, Michael J. *The Prospects for Reinventing Government*, Montréal, Institut C.D. Howe, 1994.

Wagar, Terry H., et Kent V. Rondeau. « Reducing the Workforce: Examining its Consequences in Health Care Organizations », *Leadership in Health Services*, vol. 13, n° 3, 2000, p. i-viii.

White, Jerry P. *Hospital Strike! Women, Unions and Public Sector Conflict*, Toronto, Thompson Educational Press, 1990.

Williams, Eric S. et coll. 2001. « Understanding Physicians' Intentions to Withdraw from Practice: The Role of Job Satisfaction, Job Stress, Mental and Physical Health », *Health Care Management Review*, vol. 26, n° 1, 2001, p. 7-19.

Woodward, Cristel A. et coll. « Changes Over Time in Attitudes Towards Health Care Policy Options », Research Working Paper n° 00-01, Centre for Health Economics and Policy Analysis, Université McMaster, 2000.